

Anvendelsen af ydelse 2150 i to midtjyske almen praksis

- Et kvalitetsudviklingsprojekt



Anne Dige Søgaard

Marie Strøm Zangenberg

Vejleder: Annemette Bondo Lind

Forskningstræningshold nr 66

Indholdsfortegnelse

Introduktion	3
<i>Mulighed for en opsøgende indsats</i>	<i>4</i>
Formål	5
Metoder	5
<i>Inddeling af målgrupper</i>	<i>6</i>
<i>Journalaudit</i>	<i>7</i>
Resultater	8
<i>Hvor ofte anvendes ydelse 2150?</i>	<i>8</i>
<i>Hvilke patienter anvender vi ydelsen på?</i>	<i>9</i>
<i>Hvordan er kvaliteten af konsultationerne og opdager vi somatisk sygdom?</i>	<i>11</i>
Diskussion	12
<i>Styrker</i>	<i>13</i>
<i>Begrænsninger</i>	<i>13</i>
<i>Effektivt redskab til opsporing af somatisk sygdom</i>	<i>14</i>
<i>Barrierer for anvendelse af ydelsen</i>	<i>15</i>
Perspektivering	15
Referenceliste	17
Bilag 1	18

Introduktion

Antallet af personer med psykisk sygdom i Danmark er generelt stigende. Det estimeres at omkring 82 % af befolkningen på et tidspunkt i livet enten får udskrevet medicin for psykiske symptomer og/eller bliver behandlet i psykiatrien (Kessing et al., 2023). De hyppigste diagnoser udgøres af angstlidelser, depression og bipolar affektiv sygdom. Flere studier har vist, at personer med svær psykisk sygdom dør 10-20 år tidligere sammenlignet med personer uden svær psykisk sygdom (Momen et al., 2020). Overdødeligheden skyldes bl.a. underdiagnosticering og underbehandling af fysiske sygdomme som fx hjertekarsygdomme, hjerneblødninger, blodpropper og kræft (Plana-Ripoll et al., 2019. Momen et al., 2024). Der pågår flere indsatser med netop dette fokus, herunder SOFIA-studiet (<https://cam.ku.dk/forskning/sofia/>). Forskningsresultaterne gav i 2022 anledning til at Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) tilføjede ydelse 2150 "Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk lidelse". Ønsket med ydelsen var at forbedre sundheden hos en sårbar patientgruppe, ved at tilbyde en fokuseret somatisk undersøgelse.

Ydelsen er beskrevet nærmere i "Vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser" (<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Ulighed-i-sundhed/Indsatser-mod-ulighed-i-sundhed>). Ydelse 2150 er en tillægsydelse og kan anvendes på baggrund af en opsøgende indsats enten ved en konsultation eller en årsstatus til en afgrænset målgruppe. Ydelsen er en lægeforbeholdt ydelse.

Ydelsen har to målgrupper beskrevet ved:

1. Målgruppe 1

"Patienter mellem 18 og 60 år med svær, kronisk psykisk sygdom, som er defineret som patienter med skizofreni eller andre psykoser, svære personlighedsforstyrrelser eller bipolar sygdom, hvor diagnosen er stillet på psykiatrisk sygehusafdeling eller hos privatpraktiserende speciallæge i psykiatri, samt er i fast behandling med Lithium eller antipsykotisk medicin i større doser. "

2. Målgruppe 2

“Øvrige patienter på 18 år og derover med diagnosticeret psykisk sygdom som f.eks. alvorlig angst, moderat til svær depression og ADHD, hvor den praktiserende læger konkret vurderer, på baggrund af sygdommens alvor og patientens livsforhold (f.eks. isolation eller manglende arbejdsmarkedstilknytning), at patienten er i risiko for at have uopdagede somatiske sygdomme, misbrug og/eller betydelig mistrivsel, som patienten ikke selv kontakter almen praksis med.”

Mulighed for en opsøgende indsats

Den opsøgende indsats kan tilrettelægges i den enkelte praksis. Dette kan blandt andet gøres ved opgørelse af klinik data ved liste over diagnoser, aktive brugere af antipsykotisk medicin eller lithium, gennemgang af epikriser løbende, eller når de har kontakt i klinikken af anden årsag. Lægen har desuden mulighed for at opsøge patienter via kommunale tilbud eller aktører med henblik på at aftale en tid til fokuseret somatisk undersøgelse. Eksempler kunne omfatte kontakt til bostøtte, aktivitetscenter eller varmemestue.

Ydelsesindholdet i den somatiske undersøgelse omfatter som direkte beskrevet i overenskomsten:

- Afdækning af patientens egen oplevelse af sit fysiske og psykiske helbred.
- Anamnese, herunder aktuelle symptomer, KRAM-faktorer og evt. misbrug.
- Objektiv undersøgelse med henblik på afdækning af somatisk sygdom, herunder relevant anvendelse af laboratorieydelser.
- Bivirkninger ved medicin, og ved mistanke om øvrig udiagnosticeret sygdom, undersøges patienten ligeledes herfor.
- Der rådgives om forebyggende tiltag samt lægges en individuel behandlingsplan under hensyn til patientens ønsker, ressourcer og muligheder, hvor der i relevant omfang også henvises til kommunale tilbud om støtte, forebyggelse og/eller rehabilitering.

For målgruppe 1 kan der tilbydes en fokuseret somatisk undersøgelse én gang årligt, mens der for målgruppe 2 kun kan afregnes ydelsen én gang i forbindelse med første konsultation efter den opsøgende indsats.

Mange patienter med psykiske lidelser har sparsom kontakt til deres praktiserende læge (Christensen et al., 2024). Det er ligeledes en patientgruppe med mange udeblivelser. Dette er blot nogle af de barrierer, som resulterer i manglende diagnosticering af somatiske lidelser i patientgruppen. Tanken om en opsøgende indsats er, at patienter, som ellers ikke vil komme til lægen, aktivt inviteres til dette. Hvordan man får inviteret uden at stigmatisere patienterne, omtales blandt andet i podcasten "Sådan kan du bruge 2150: Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med svær psykisk sygdom" udgivet af Månedsskrift for almen praksis.

Formål

Vi ønsker at undersøge brugen af ydelse 2150 i to midtjyske almen praksis ud fra følgende forskningsspørgsmål:

- Hvor ofte anvendes ydelse 2150?
- Hvilke patienter anvender vi ydelsen på og anvender vi den tilstrækkeligt?
- Laver vi opsøgende indsats, som der er lagt op til i overenskomsten?
- Hvordan er kvaliteten af konsultationerne og opdager vi somatisk sygdom?

Metoder

Data er fundet i to midtjyske praksis benævnt klinik 1 og klinik 2. Der er i klinik 1 tilknyttet 3343 (to kapaciteter), mens der i klinik 2 er tilknyttet 8101 patienter (fem kapaciteter). I begge midtjyske praksis anvendes it-systemet EG Clinea.

For at besvare vores forskningsspørgsmål, som er beskrevet under formål, har vi lavet søgninger i to trin.

Trin 1

Vi brugte dataanalyse modulet i EG Clinea til at se på hyppigheden i anvendelse af ydelse 2150. Vi søgte på ydelse 2150 uden valgte diagnoser og valgte patient-kategorierne "egne patienter", "passanter" og "døde patienter".

Vi fandt 60 patienter, hvor ydelsen var anvendt. Journalerne på disse patienter blev gennemgået enkeltvis for at undersøge, hvorvidt ydelsen blev anvendt i højere grad til bestemte diagnoser. Vi ekskluderede 7 patienter, da gennemgangen viste, at de enten ikke havde en af de inkluderede diagnoser, eller ydelsen var taget ved en fejl. Vi ekskluderede ingen patienter på baggrund af alder.

Trin 2

Vi anvendte statistik modulet i EG Clinea til at finde det samlede antal patienter med de inkluderede diagnoser. Vi valgte to moduler, henholdsvis "Patient" og "Diagnoser". Vi valgte at fjerne CPR-dubletter og herefter ved hjælp af filterfunktionen sortere på de valgte ICPC-koder. For ICPC koderne i målgruppe 1, tog vi kun de patienter med, som var i alderen 18-60 år. For ICPC koderne i målgruppe 2 tog vi alle patienter > 18 år. Disse aldersgrupper er defineret jævnfør overenskomstens målbeskrivelse. Vi specificerede dato til 31.01.22-01.05.25. Dette er valgt for at få patienter med i det tidsrum hvor ydelse 2150 har været en del af overenskomsten.

Inddeling af målgrupper

Vi har valgt at kigge på ICPC-2 koder da disse anvendes hyppigere i almen praksis end ICD-10 koderne. Vi har inkluderet diagnoserne i tabel 1. Vi har inddelt diagnoserne i to grupper, svarende til målgrupperne beskrevet i overenskomsten.

Tabel 1: Inkluderede ICPC-2 koder	
Målgruppe 1:	
p72	Skizofreni
p73	Maniodepressiv psykose

[Dokumenttitel]

p80	Personlighedsforstyrrelse
p98	Psykose IKA
Målgruppe 2:	
p74	Angsttilstand
p76	Depression
p79	Fobisk/obsessiv/kompulsiv tilstand
p81	Hyperkinetisk forstyrrelse
p82	Posttraumatisk belastningsreaktion
p85	Mental retardering
p86	Anoreksi/bulimi
p99	Psykisk sygdom IKA

Vi har ekskluderet symptomdiagnoserne P01-P29, samt 5 psykiske specifikke sygdomsdiagnoser, da vi ud fra beskrivelsen i overenskomsten ikke tolker, at disse diagnoser indgår. Det drejer sig om P70 (demens), p71 (organisk psykose IKA), p75 (somatoform forstyrrelse), p77 (selvmord/selvmodsforsøg) og p78 (neurasteni).

Journalaudit

For at kigge på kvaliteten af konsultationerne, udførte vi journalaudit på alle 53 patienter i de to praksis, hvor ydelse 2150 blev korrekt anvendt. Vi gennemgik journalmateriale på patienterne i forhold til, hvorvidt der blev adspurgt til KRAM-faktorer og misbrug, udført objektiv undersøgelse

og taget blodprøver. Derudover gennemgik vi, hvorvidt der blev stillet en somatisk diagnose, startet somatisk behandling og henvist til videre udredning eller behandling (speciallæge, fysioterapi, forebyggende instanser, kommunale tilbud).

Resultater

Hvor ofte anvendes ydelse 2150?

Vi ønskede at se på hyppigheden i anvendelsen af ydelse 2150. Tabel 2 herunder viser antallet af patienter, hvor ydelsen blev anvendt. Tabellen viser antallet af patienter i hver klinik, samt uddifferentieret på de to målgrupper.

Vi fandt i alt 53 patienter i de to praksis, hvor ydelsen blev korrekt anvendt. Heraf var 32 mænd og 21 var kvinder og aldersspændet var 21-82 år.

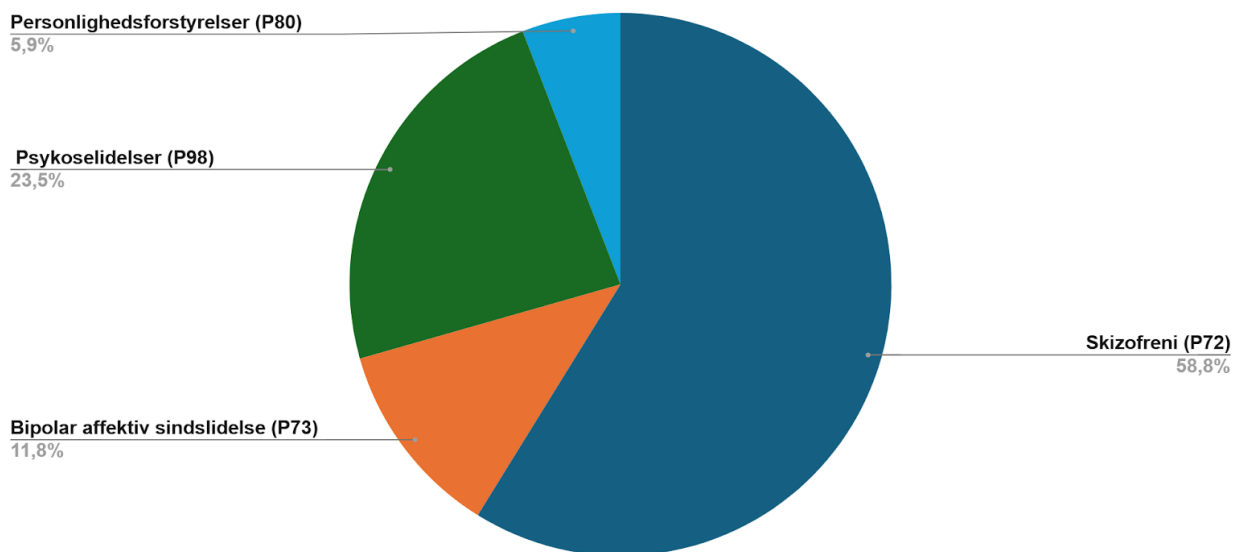
Ud af de 53 patienter tilhørte 17 patienter målgruppe 1, mens 36 af patienterne tilhørte målgruppe 2.

Tabel 2			
	Klinik 1	Klinik 2	Total
Målgruppe 1	7	10	17
Målgruppe 2	6	30	36
Total	13	40	53

Hvilke patienter anvender vi ydelsen på?

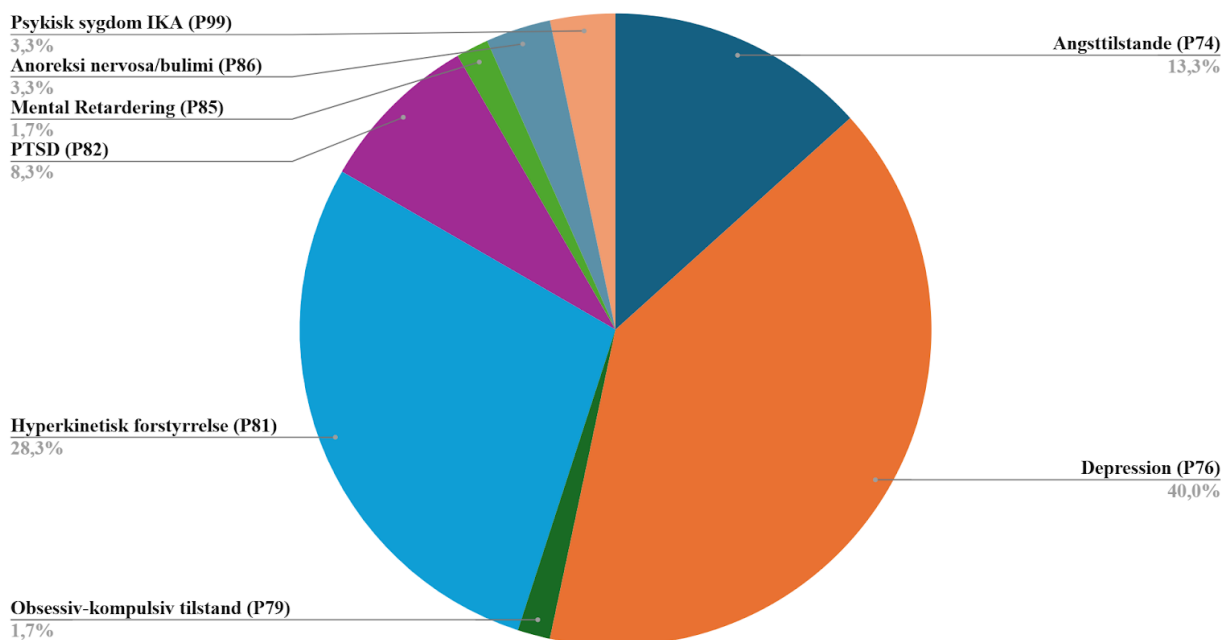
Cirkeldiagram 1 viser fordelingen af diagnoser blandt patienter i målgruppe 1, hvor ydelsen blev anvendt. Det ses, at ydelsen især anvendes til patienter med skizofreni (P72) og psykoselidelser (P73). Ingen patienter i målgruppe 1 havde fået lavet ydelsen mere end 1 gang i den undersøgte periode, som overenskomsten giver mulighed for.

ICPC-koder - Målgruppe 1



Cirkeldiagram 2 viser fordelingen af diagnoser blandt patienter i målgruppe 2, hvor ydelsen blev anvendt. Det ses, at ydelsen især anvendes til patienter med hyperkinetisk forstyrrelse (P81) og depression (P76).

ICPC-koder - Målgruppe 2



Anvender vi ydelse 2150 tilstrækkeligt?

Vi ønskede, at se nærmere på, hvor mange patienter hver praksis havde tilknyttet med de definerede diagnoser i målgruppe 1 (P72, P73, P80, P98) og målgruppe 2 (P74, P76, P81, P82, P85, P86, P99). Dette med henblik på at skabe et overblik over, hvor mange patienter ydelsen potentielt vil kunne anvendes på.

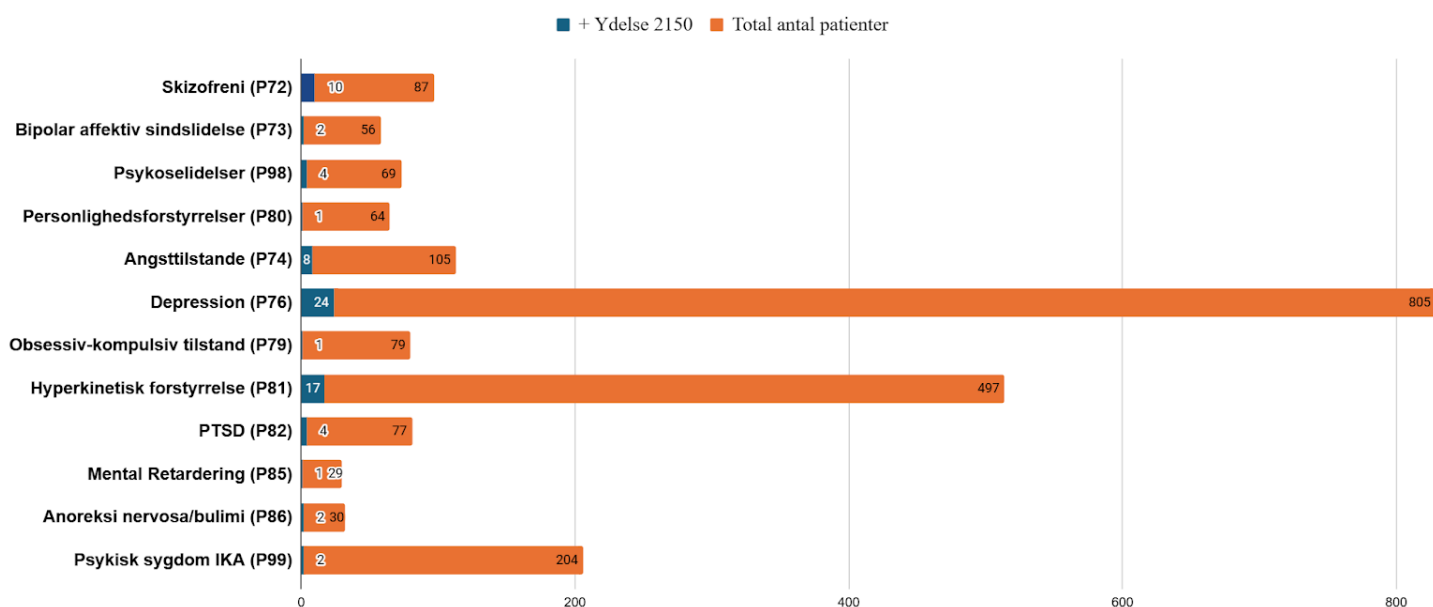
Figur 1 viser det samlede antal patienter med de relevante ICPC-koder sat over for antallet af patienter med samme ICPC-koder, hvor ydelsen er anvendt. Det ses, at ydelsen kun er anvendt ved en lille andel af det samlede antal patienter, uafhængigt af ICPC-kode.

Der er eksempelvis fundet 805 patienter i de to praksis med ICPC-kode P76 (depression), men hos

[Dokumenttitel]

kun 24 patienter er ydelse 2150 anvendt. P76 ligger i målgruppe 2, og her kræver det naturligvis, at den praktiserende læge vurderer individuelt for hver patient, hvorvidt ydelsen kan anvendes jf. overenskomstens beskrivelse.

Anvendelse af ydelse 2150



Figur 1. X-aksen angiver antallet af patienter. Y-aksen er opdelt i søjler for hver ICD-kode. Ved hver søjle er der desuden angivet antallet af patienter. Den blå farve viser antallet af patienter, der har fået foretaget ydelsen, mens orange viser det samlede antal patienter med den pågældende diagnosekode.

Laves der opfølgende indsats?

I de to midtjyske almen praksis har man brugt ydelsen 2150 i forbindelse med årskontrol eller ad hoc i forbindelse med kontakter med patienter i målgruppe 1 og 2. Der har ikke i nogen af klinikkerne været en aktivt opfølgende indsats ved brug af f.eks. søgning på alle patienter med en given diagnose eller antipsykotisk medicin.

Hvordan er kvaliteten af konsultationerne og opdager vi somatisk sygdom?

Som beskrevet i introduktionen er ydelsen indført som led i mindselse af ulighed i sundhed efter

[Dokumenttitel]

studier har vist, at der hos patienter med psykiatriske diagnoser er fundet øget morbiditet og mortalitet. Vi ønskede derfor at undersøge både kvaliteten af konsultationerne, hvor ydelse 2150 blev anvendt, samt hvorvidt det medførte, at det opsporende arbejde gav anledning til, at der blev stillet en somatisk diagnose og startet somatisk behandling. Data fra journalaudit findes i bilag 1, tabel 2.

Af de i alt 53 patienter var der ved 74 % (n = 39) adspurgt til KRAM-faktorer og ved 64 % adspurgt forhold vedrørende misbrug under konsultationen. I 93 % af konsultationerne var der udført en objektiv undersøgelse og alle patienterne fik foretaget blodprøver. Dette førte i 57 % af tilfældene til oprettelse af en somatisk diagnose. De hyppigste tilstande, som blev fundet ved journalaudit omfattede hyperkolesterolæmi og essentiel hypertension - begge tilstande som ved iværksat behandling har stor betydning for at nedbringe den kardiovaskulære dødelighed. Der blev desuden konstateret enkelte tilstande med vitaminmangel, astma, hypothyroidisme, forstoppelse, høfeber, underlivsgener og blødningsforstyrrelser. I 53 % af tilfældene blev der startet somatisk behandling. I langt størstedelen af tilfældene blev dette håndteret i almen praksis, idet kun 9,4 % af patienterne blev sendt videre til yderligere udredning, behandling eller forebyggende indsats (speciallæge, fysioterapi, forebyggende instanser, kommunale tilbud).

Ved journalaudit viste gennemgangen, at en systematisk tilgang i anvendelsen af ydelsen, herunder anvendelse af frase, bevirkede, at der i højere grad blev dokumenteret forhold omkring KRAM-faktorer og misbrug.

Diskussion

Vi fandt i de to midtjyske praksis i alt 53 patienter, som siden februar 2022 har fået kodet ydelse 2150. Den største andel på 36 patienter tilhørte målgruppe 2, mens 17 patienter tilhørte målgruppe 1. De hyppigste diagnoser, hvor ydelsen blev anvendt omfattede depression, hyperkinetiske forstyrrelser, skizofreni og psykoselidelser. Ydelsen er generelt sparsomt anvendt, når vi ser på det samlede antal patienter i de to praksis, som har de definerede diagnosekoder. Der ligger formentlig et stort potentiale i at opspore somatisk sygdom ved anvendelsen af ydelsen, da man i over halvdelen af tilfældene både diagnosticerede og opstartede behandling imod somatisk sygdom.

Styrker

Det er en styrke i vores studie, at vi har gennemgået de konkrete data i to midtjyske praksis og derved fået indblik i, hvor mange patienter, der har gavn af ydelsen og hvor mange der potentielt kunne få gavn af ydelsen. Derudover har vi også undersøgt kvaliteten af konsultationen og resultatet i forhold til opsporing og behandling af somatisk sygdom.

Begrænsninger

Ser man på resultaterne af vores undersøgelse, kan der være flere faktorer, som påvirker vores fund. En af faktorerne er begrænsninger, som relaterer sig til dokumentation og diagnosekodning i praksis. Der er stor variation blandt læger i forhold til dokumentationsmængde, og hvor flittig man er til at diagnosekode. Derfor vil vores resultater også være afhængige af dette, hvilket betyder, at der kan være et mørketal. Mørketallet kan relatere sig til, at man enten ikke har kodet den korrekte diagnose eller slet ikke har kodet nogen diagnose. Patienter i målgruppe 1 har psykiatriske diagnoser, som kun stilles af en speciallæge i psykiatri. Der kan være eksempler hvor relativt nydiagnosticerede patienter, som fortsat følges i psykiatrien, endnu ikke har fået registreret deres diagnose i almen praksis' system. Derudover overføres ICD-10 diagnosekoder givet ved speciallæger ikke automatisk i EG Clinea f.eks. fra epikriser, hvorfor dette kræver et systematisk opsæt i hver praksis for at undgå "missing data". Dette vil bevirke, at vi reelt set kunne finde et større antal patienter med de valgte diagnosekoder i hver målgruppe.

Da vi har valgt at ekskludere alle symptomdiagnoser, kan der være en række patienter, hvor man har anvendt symptomdiagnoser i stedet for disse diagnosekoder. Disse patienter vil vi ikke finde ved vores søgning.

Ved journalaudit valgte vi at fokusere på elementer, som vi ud fra overenskomstens beskrivelse vurderede var relevante at gennemgå. Også her skal man være opmærksom på vigtigheden af dokumentation. Dokumentationsmængden varierer muligvis også her blandt lægerne i forhold til om der eksempelvis spørges ind til KRAM-faktorer, og hvorvidt det dokumenteres eller ej. Det kunne i denne henseende være fordelagtigt med anvendelse af standardfraser, som vi antager vil højne kvaliteten af undersøgelsen og journaldata, da dette virker som en støtte for hukommelsen og øger systematikken.

Aldersspændet hos de 53 patienter, hvor ydelsen var anvendt, var 21-82 år. Vi har ikke ekskluderet patienter, som tilhører målgruppe 1 og er > 60 år, som man i overenskomsten har sat som øvre aldersgrænse. Hvis vi havde valgt at ekskludere patienter > 60 år i denne målgruppe, havde vi fundet, at ydelse 2150 var blevet anvendt endnu mere sjældent. Dette understøtter blot, at ydelsen er sparsomt anvendt. Desuden kan det diskuteres, hvorfor ældre patienter > 60 år ikke er berettiget ydelsen, da man netop ved stigende alder får øget risiko for cancer, hjertekarsygdomme mv.

Vi har i vores dataindsamling ikke undersøgt, hvorvidt patienterne i målgruppe 1 var i behandling med enten antipsykotika eller lithium, som beskrivelsen i overenskomsten definerer. Dette ville formentlig yderligere begrænse antallet af patienter, hvor ydelse 2150 er anvendt. Det vil formentlig også mindske det samlede antal patienter med de relevante diagnoser tilhørende målgruppe 1, hvor ydelsen endnu ikke er anvendt. Vi vurderer, at det i nogle tilfælde vil være relevant at opspore somatisk sygdom, eksempelvis hos en patient med skizofreni uden antipsykotika, da der kan være complianceproblemer eller vrangforestillinger omkring medicinindtag, som netop kan gøre denne patientgruppe dårligere stillet i forhold til morbiditet og mortalitet. Det vil dog kunne forsvares, at sætte denne patient i målgruppe 2.

Indsamlingen af vores data er foregået i to midtjyske praksis, hvilket der naturligvis skal tages højde for i sammenligning med øvrige praksis både i forhold til forekomsten af psykiatriske diagnoser og opsætning af de enkelte klinikker jf. afsnittet med diskussion af dokumentationsmængde og diagnosekodning. Derudover er populationen på 53 patienter relativt lille, hvilket der skal tages højde for i analyseringen af vores fund, der således har en begrænset generaliserbarhed.

Effektivt redskab til opsporing af somatisk sygdom

Ser man på resultaterne af journalaudit tilføjes der i 57 % af tilfældene en somatisk diagnose og hos 53 % opstartes somatisk behandling. Dette vurderer vi er en relativt høj procentsats, hvilket understøtter, at ydelsen har sin berettigelse. De hyppigste diagnoser, der blev stillet omfattede, som tidligere nævnt, hypertension og hyperkolesterolemie. Disse diagnoser ville formentlig også være diagnosticeret ved årsstatus alene for den givne psykiatriske sygdom. Ydelsen blev oftest anvendt som led i årsstatus og skal man kigge nærmere på den muligvis mest sårbare og udsatte gruppe, kræver det opsporing af de patienter, som ikke har ressourcer til at møde op i klinikken

eller i forvejen går til årskontroller. Det fremgår ikke tydeligt i vejledning af overenskomstens ydelser, hvorvidt ydelse 2150 må anvendes som led i et sygebesøg, hvilket ellers kunne være relevant.

Barrierer for anvendelse af ydelsen

Vores undersøgelse viser, at ydelsen ikke anvendes hos en ret stor andel patienter, hvor dette kunne være relevant. Jvf. Figur 1 har vi fundet, at der er mange patienter med diagnoser, hvor ydelse 2150 er berettiget. En anden forskningstræningsopgave, har ved hjælp af et spørgeskema spurgt ind til lægernes kendskab til ydelsen og barrierer for at bruge den (Aastrup D. et Laurtisen S., 2025). Her blev manglende kendskab til ydelsen anført som en barriere. En anden praksis angav, at de faktisk allerede foretog et opsøgende arbejde med at få alle ind til årskontroller, omend de ikke havde anvendt ydelsen, som de muligvis ville have været berettiget til i mange tilfælde. En tredje praksis angav, at manglende tro på en effekt afholdt dem fra at bruge ydelsen. Den samme praksis angav ikke at have fundet somatisk sygdom ved brug. Her kan være tale om, at praksissen i forbindelse med årskontroller i øvrigt tager hånd om somatisk sygdom. Derudover kan det være demotiverende at bruge tid på en god behandlingsplan, såfremt praksis har erfaring med manglende fremmøde eller dårlig compliance. Generelt er hverdagen i almen praksis udfordret af mange arbejdsområder og tidspres, hvor tidsprioritering er væsentlig, hvorfor lægens motivation for at bruge ydelsen er afgørende.

Perspektivering

Den opsøgende indsats kan udformes på forskellig vis afhængigt af praksis' ønsker og ressourcer. Selve invitationen kan foregå ad hoc eller de kan inviteres pr. email eller telefonisk. I podcasten "Sådan kan du bruge 2150: Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med svær psykisk sygdom" gives redskaber til at undgå stigmatisering i det opsøgende arbejde. Der kan i EG Clinea udtrækkes lister med søgeforslag jf. metodeafsnittet, hvor der findes patienter med udvalgte ICPC-koder eller ud fra medicinrecepter. Det kræver et stykke forarbejde fra enten en læge, sekretær eller sygeplejerske med øje for overenskomstens definitioner. Når patientlisterne er konstrueret eventuelt fordelt i de to målgrupper, kan data indføres i et excel-ark eller i Clineas funktion "kø". En medarbejder opdaterer heri, hvorvidt patienten er indkaldt eller ej. Målgruppe 1 kan indkaldes

[Dokumenttitel]

årligt og listen kan anvendes til at skabe et overblik over, hvem der er indkaldt eller mangler indkaldelse.

Vi vil forvente, at det opsporende arbejde markant vil ændre antallet af patienter, som kodes med ydelse 2150. Vi vil også forvente at det vil medføre, at vi opsporer somatiske sygdomme i højere grad og på sigt forhåbentlig reducerer morbiditeten og mortaliteten. Dette skal naturligvis konkluderes på baggrund af data.

Referenceliste

Aastrup D. F., Lauritsen S. L. (2025). Et dataindsamlingsstudie om brugen af ydelse 2150 i almen praksis. Forskningstræningshold 65.

Christensen I. E., Reventlow. and Grøn L. (2024). Healthcare seeking for people diagnosed with severe mental illness: Sensations, symptoms and diagnostic work. *Health*, online.

Kessing L. V., Ziersen S. C. and Avshalom C. (2023). Lifetime Incidence of Treated Mental Health Disorders and Psychotropic Drug Prescriptions and Associated Socioeconomic Functioning. *JAMA Psychiatry*, 80(10)

Momen N.C., Plana-Ripoll O. and Agerbo E. (2020). Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. *New England Journal of Medicine*, 382(18)

Momen N.C., Østergaard S. D. and Heide-Jorgensen U. (2024). Associations between physical diseases and subsequent mental disorders: a longitudinal study in a population-based cohort. *World Psychiatry*, 23(3).

Plana-Ripoll O., Pedersen C.B. and Holtz Y. (2019). Exploring Comorbidity Within Mental Disorders Among a Danish National Population. *JAMA Psychiatry*, 76(3)

Bilag 1

Tabel 2 - Journalaudit							
Klinik 1							
Patient nr.	KRAM	Misbrug	Obj. us.	Blodprøve	Somatisk diagnose	Somatisk behandling	Videre henvisning
1	x		x	x	x		
2	x	x	x	x			
3		x	x	x	x	x	
4			x	x			
5		x	x	x	x	x	
6	x		x	x			
7				x			
8				x			
9			x	x			
10			x	x			
11				x			
12	x		x	x	x		x
13			x	x			x
Klinik 2							
Patient nr.	KRAM	Misbrug	Obj. us	Blodprøve	Somatisk diagnose	Somatisk behandling	Videre henvisning
1			x	x			
2			x	x			
3			x	x	x	x	
4			x	x	x	x	
5			x	x	x	x	
6	x	x	x	x	x	x	
7	x	x	x	x	x	x	
8	x		x	x	x	x	x

[Dokumenttitel]

Tabel 2 - Journalaudit							
9	x	x	x	x	x	x	
10	x	x	x	x			
11	x		x	x	x	x	
12	x	x	x	x	x	x	
13	x	x	x	x	x	x	
14	x	x	x	x	x	x	
15	x	x	x	x	x	x	
16	x	x	x	x	x	x	
17	x	x	x	x			
18	x		x	x	x	x	x
19	x		x	x			
20	x	x	x	x	x	x	
21	x	x	x	x	x	x	
22	x	x	x	x			
23	x	x	x	x	x	x	
24	x	x	x	x	x	x	x
25	x	x	x	x	x	x	
26	x	x	x	x			
27	x	x	x	x			
28	x	x	x	x			
29	x	x	x	x	x	x	
30	x	x	x	x	x	x	
31	x	x	x	x	x	x	
32	x	x	x	x			
33	x	x	x	x	x	x	
34	x	x	x	x	x	x	
35	x	x	x	x			
36	x	x	x	x	x	x	

[Dokumenttitel]

Tabel 2 - Journalaudit							
37	x	x	x	x			
38	x	x	x	x	x	x	
39	x	x	x	x			
40	x	x	x	x			