

Systematisk opfølgning af somatisk comorbiditet med fokus på kardiovaskulære risikofaktorer hos patienter med skizofreni

Et kvalitetssikringsstudie i almen praksis

Forfattere:

Clara Hauge Vinther

Maja Høngaard

Charlotte Veller Kristensen

Laila Holmegaard

Vejleder:

Mogens Vestergaard

Forskningstræningshold nr. 33

Indholdsfortegnelse

Introduktion	side 3
Formål	side 4
Metode	side 5
Præsentation af praksis	side 6
Resultater	side 7
Diskussion	side 9
Perspektivering	side 9
Referenceliste	side 11
Bilag: Vejledning	side 12

Introduktion

Skizofreni er en alvorlig psykisk lidelse, som er kendetegnet ved grundlæggende og karakteristiske forstyrrelser i tænkning, sansning og følelsesliv, ofte også med psykotiske symptomer som vrangforestillinger og hallucinationer.

Symptomerne på skizofreni debuterer oftest i teenageårene eller ung voksenalder med en livstidsprævalens på ca 1-2%, hyppigere for mænd end kvinder.

Årsagerne til skizofreni er fortsat genstand for intens forskning, men både genetiske faktorer og miljøfaktorer spiller en stor rolle.^{1,2}

Der er påvist øget forekomst af mange somatiske sygdomme hos patienter med skizofreni, herunder diabetes, hypertension, dyslipidæmi og fedme, som igen er kendte risikofaktorer for udvikling af kardiovaskulære sygdomme.^{2,6} Den hyppigste årsag til præmatur død hos patienter med skizofreni er netop kardiovaskulær sygdom.³

I et større nordisk studie har man fundet, at mænd og kvinder med psykiske lidelser lever hhv. 20 og 15 år kortere og end befolkningsgennemsnittet.⁴

Denne overdødelighed blandt psykisk syge antages for en 1/3 at skyldes selvmord og ulykker.¹ Resten er formentligt en kombination af flere faktorer herunder usund livsstil med rygning, dårlig kost og alkohol, en manglende sygdomsforståelse samt manglende ressourcer til at fremme sundhed blandt andet igennem motion grundet deres psykiske sygdom eller medicinbivirkninger. Endvidere er patienter med skizofreni oftere uden for arbejdsmarkedet, bor alene og er mere marginaliseret. Slutteligt er der en tendens til, at somatiske lidelser underdiagnosticeres og underbehandles hos patienter med psykisk sygdom.^{4,6}

Flere studier har vist, at kardiovaskulær screening er insuffICIENT og behandlingsraten er lav.^{2,3} Dette til trods for at man har vist, at patienter med skizofreni - både før og efter diagnosetidspunktet - kommer hyppigere i praksis end baggrundsbefolkningen.²

I Danmark findes ingen officiel guideline for kardiovaskulær screening hos patienter med skizofreni, men derimod en vejledning om behandling med antipsykotisk medicin til personer over 18 år med psykotiske lidelser.⁵

Formål

Vores projekt skal bruges til at forbedre kvaliteten af opsporing og opfølgning af kardiovaskulære risikofaktorer hos patienter med skizofreni i almen praksis.

Vi vil undersøge:

- Hvor stor en andel af personer med skizofreni, der er blevet screenet for kardiovaskulære risikofaktorer i almen praksis, herunder om myndighedernes anbefalinger følges.
- I hvilket omfang, der overleveres information om blodprøvesvar, BT og EKG til almen praksis fra psykiatrien hos de patienter, som følges i psykiatrisk regi.

Opgaven skal ende ud i en konkret vejledning til håndtering af årskontrol i almen praksis hos patienter i antipsykotisk behandling, herunder hvordan vi systematisk kan indkalde patienterne til undersøgelse.

Metode:

I Sundhedsstyrelsens ” Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser” fra maj 2014⁵ er der anført, at patienter ved længerevarende behandling med antipsykotika skal monitoreres mindst en gang årligt med følgende værdier:

- Måling af vægt og højde
- Udregning af BMI
- Måling af taljeomfang
- Måling af blodtryk
- Måling af HbA1c og lipider
- Optagelse af ekg

Vi har lavet en empirisk undersøgelse på data fra de 4 klinikker, vi er ansat i, med henblik på om ovennævnte retningslinjer følges.

Derudover har vi registreret, om der er lavet årskontrol, om der er registreret oplysninger om rygning, om patienterne er i behandling med antipsykotika, om der er aktiv kontakt til psykiatrien, og endelig om der er tilbagemeldinger fra psykiatrien vedrørende prøver, der er blevet taget der.

Vi har identificeret patienterne ved at søge i de praksissystemer, der anvendes i de 4 klinikker. Vi har søgt på ICPC koden P72.

I praksis A, B og D anvendes XMO, i praksis C WinPLC.

Vi har søgt via programmet Statistik, Patientstatistik (XMO)/ Patientudtræk (WinPLC) og derefter på ICPC koden P72. Udtrækket blev lavet i februar 2017.

Af de fundne patienter har vi inkluderet dem, der har diagnosen skizofreni i alderen 25 til 65 år.

Herefter gennemgik vi journalerne på de inkluderede patienter tilbage til 1/8 2015. Dog kan tobaksoplysninger være registreret før 1/8 2015.

Undersøgellesperioden blev sat til 18 måneder, for at give plads til at årskontrollen kan være lidt forsinket.

De specifikke oplysninger fandt vi ved at gennemgå journalnotater, epikriser, laboratorieskema og FMK.

Endelig undersøgte vi, om der for de patienter, der blev fulgt i psykiatrien, var informationer derfra vedrørende opfølgning på blodprøvesvar, BT og EKG, der var taget i psykiatrien.

Præsentation af praksis

Praksis A er en kompagniskabspraksis i en større by med ca. 5000 patienter. Der er 3 faste læger samt 1-2 uddannelseslæger.

Praksis B er en kompagniskabspraksis i en provinsby. Der er 5 faste læger samt 1-2 uddannelseslæger. Der er 7200 patienter tilknyttet praksis.

Praksis C er en kompagniskabspraksis i en mindre provinsby. Der er 5 faste læger samt 1 fast vikar og 1-3 uddannelseslæger. Der er 9400 patienter tilknyttet.

Praksis D er en solopraksis i en landsby. Der er 1 fast læge, 1 vikar på deltid samt 1 uddannelseslæge. Der er 2700 patienter tilknyttet praksis.

Resultater

Patient	Køn	Alder	Kliniskårskontrol	BMI	Taljemål	Tobaksoplysninger	Antipsykotisk behandling	HbA1c	Lipider	EKG	BT	Aktiv kontakt til psykiatrien	Epikrise fra psykiatrien
A													
1	K	35									+	+	
2	M	39					+					+	+
3	M	28					+					+	+
4	M	45				+						+	
5	K	47					+	+	+	+	+	+	+
6	M	48	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+
7	K	36		+		+	+	+	+	+			+
8	M	51	+				+	+	+	+	+		
9	M	51					+						+
10	K	32					+	+				+	+
11	K	48	+	+		+	+	+	+	+	+	+	
12	K	54					+	+	+			+	+
13	M	36											
14	M	48										+	+
B													
15	K	42					+						+
16	K	44					+					+	+
17	K	36					+						
18	K	25		+		+	+					+	
19	K	43				+	+	+	+	+		+	
20	M	46				+							
21	K	43	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+
22	K	57	+	+		+	+	+	+	+	+		
23	K	65				+	+					+	+
24	M	42					+					+	
25	K	31		+		+	+				+	+	
26	K	47		+			+	+		+	+	+	+
27	K	27	+			+	+	+	+	+	+		
28	K	42				+	+						
29	K	47	+	+		+	+	+	+	+	+		
30	K	49	+	+		+	+	+	+	+	+		
31	K	61	+	+		+	+	+	+	+	+		
32	K	34	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+
33	K	28	+	+		+	+	+	+	+	+	+	
34	M	56	+	+		+	+	+	+	+	+		
35	M	37				+	+					+	
36	K	49	+	+		+	+	+	+	+	+		
37	M	50	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+
38	M	52		+		+	+	+	+	+	+	+	
C													
39	M	26					+		+	+		+	+
40	K	53					+						
41	M	31					+		+	+		+	+
42	M	35					+						
43	K	59				+	+	+	+	+		+	
44	M	60											
45	M	50					+				+	+	+
46	K	54				+	+	+	+		+	+	+
47	M	52					+					+	
48	M	45					+	+	+	+	+	+	+
49	K	52				+	+	+	+			+	
50	M	34					+					+	+
51	M	63					+	+	+			+	
52	K	46				+	+	+	+	+	+	+	
53	M	34						+			+		
54	M	42					+				+		
55	M	27					+	+	+	+		+	+
56	M	30					+					+	
D													
57	M	39					+			+		+	
58	M	48					+	+	+	+	+	+	
59	M	27					+	+	+	+	+	+	
60	M	64					+	+	+	+	+	+	
I alt			14	16	0	26	51	33	32	28	28	39	22

Vores samlede population udgør 24.300 patienter. Vi fandt 60 patienter (pt.) med diagnosen skizofreni. Kønsfordelingen er 29 kvinder (48%) og 31 mænd (52%).

39 pt. (65%) har aktiv kontakt til psykiatrien. Af dem har vi lavet årskontrol på 5 pt. (13%).

21 pt. (35%) blev ikke fulgt i psykiatrisk regi, af dem har 9 pt. (43%) fået lavet årskontrol.

I alt er der registreret årskontrol på 14 pt. (23%). Der er ikke registreret taljemål på nogen af patienterne. Fraset dette er der ved 11 af de 14 årskontroller (79%) registreret samtlige screeningsparametre. De resterende 3 patienter (21%) manglede oplysninger om enten tobak eller BMI.

Hos 22 pt. (56%) foreligger der epikriser og korrespondancer med relevant information vedr. kardiovaskulære risikofaktorer fra psykiatrien.

Diskussion

Vores studie har vist, at opfølgningen på patienter med skizofreni er insufficient. Opfølgningen af patienter uden aktiv kontakt til psykiatrien er mindre mangelfuld end hos dem, der også følges i psykiatrisk regi (43% vs. 13%). En af forklaringerne kunne være, at man i primærsektoren tænker, at behandlingsansvaret ligger i psykiatrisk regi, hvis der er en aktiv kontakt dertil.

Vi kan ud fra vores data se, at mange patienter er screenet for kardiovaskulære risikofaktorer, men der er en tendens til, at flere af parametrene er registreret i anden anledning. Der mangler altså en mere samlet og fokuseret indsats. Endvidere tyder vores data på, at kommunikationen mellem sektorerne er suboptimal og der er stor variation i kvaliteten af informationerne fra psykiatrien. Vi har kun tilbagemelding på 56% og vi mangler viden om de resterende 44%. Vi ved ikke, om de sidstnævnte har fået lavet årskontrol og i givet fald, om den manglende tilbagemelding skyldes fund af normale værdier.

Der er flere svagheder i studiet. Vi har inkluderet 60 patienter ud af en population på 24.300. I de 24.300 indgår alle aldersgrupper. Det var ikke muligt at søge på det samlede antal patienter i aldersgruppen 25-65 år uden at få passanter inkluderet. Da vore praksis er beliggende i turistområder er passantandelen høj. Af denne grund har vi ikke udregnet prævalensen, da dette tal vil være for lavt i forhold til det faktiske.

Talmaterialet er så beskedent, at de fundne forskelle kan skyldes tilfældig variation. Endvidere kan der være informationsbias. Patientmaterialet er fundet ud fra de patienter, der er registreret med ICPC koden skizofreni. Der kan være en andel, der enten ikke er diagnosticeret eller kodet korrekt. Dvs. at andelen af patienter med skizofreni kan være større, end vi har fundet. Denne gruppe har formentlig ikke fået lavet årskontrol, og det kan tænkes, at det vil påvirke vores resultater i negativ retning. Vores resultater er ikke nødvendigvis repræsentative på landsplan. Der kan være geografiske forskelle, da patienter med skizofreni hyppigere bosætter sig i storbyerne og i bestemte bydele. Der kan endvidere være forhold i de enkelte praksis, fx lægernes personlighed, interesser og ordinationspolitik, der gør at færre skizofrene patienter er tilmeldt end forventet. Styrkerne ved vores studie er, at det er velegnet til kvalitetssikring og udvikling i egen praksis. Det sætter fokus på at bedre indsatsen for den udvalgte gruppe. Endvidere, er metoden let reproducerbar for andre.

Perspektivering

Der er gennemført et dansk, randomiseret studie, Change-studiet, hvor man undersøger, om livsstilscoaching kan reducere 10 års risikoen for hjertekarsygdom. I studiet indgik patienter med en diagnose i skizofrenispektret og forøget taljemål. Patienterne blev randomiseret til 3 grupper. En gruppe blev tilbudt støtte fra en livsstilscoach en gang om ugen, "care coordination" i form af en psykiatrisk sygeplejerske og treatment as usual. Den næste gruppe fik "care coordination" og treatment as usual og den sidste gruppe fik treatment as usual. Trods den forøgede indsats på livsstilsområdet viste undersøgelsen ingen effekt i forhold til risiko for hjertekarsygdom efter 1 års

intervention. Der var heller ikke nogen effekt i forhold til rygestop, vægt, taljemål, blodsukker, kondital, selvvrurderet helbred eller livskvalitet. Dette studie viser således, at det er særdeles vanskeligt at ændre livsstil og reducere risiko for hjertekarsygdom hos skizofrene.²

I en praksis i Skanderborg besluttede man på baggrund af den megen omtale af overdødelighed blandt psykisk syge patienter at lave systematisk årskontrol af patienter i behandling med psykofarmaka. De fandt patienterne via sentinel datafangst. Derefter blev der sendt et indkaldelsesbrev ud til patienterne. De fik en konsultation hos en sygeplejerske, derefter en tid i laboratoriet og endelig en tid til opfølgning hos lægen. De oplevede, at patienterne i stort omfang mødte op til de aftalte tider. Dem der udeblev, blev kontakten igen. Desuden oplevede de, at patienterne var glade for, at der blev fokuseret på deres fysiske helbred, og at de gerne ville gøre noget ved livsstilen.⁷

På trods af de nedslående resultater fra Change-studiet må vi fastholde, at det er væsentligt at få indkaldt gruppen til årskontrol og få taget de relevante prøver. Vores studie viser, at der er et stort potentiale i forhold til at forbedre indsatsen overfor denne patientgruppe i forhold til at optimere opfølgningen og opsporingen af kardiovaskulære risikofaktorer. Vi mener ansvaret bør ligge hos speciallægen i almen medicin, der er medicinsk ekspert på det somatiske område, og opfølgningen bør være i primærsektoren, selvom der også er aktiv kontakt til psykiatrien. Da patienternes udgangspunkt er anderledes end baggrundsbefolkningens, er der behov for positiv særbehandling og mere individualiseret behandling. Hermed menes fx en mere opsøgende indsats ved udeblivelser.

På baggrund af vores resultater og studiematerialet har vi udarbejdet en vejledning til brug i almen praksis. Vejledningen skal ses som hjælp til håndtering af årskontrol af patienter i antipsykotisk behandling, herunder hvordan vi systematisk kan indkalde patienterne til undersøgelse.

Referenceliste

1. Sundhed.dk –lægehåndbogen:
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/psykoser/skizofreni/>
2. Hans Christian Brix Nørregaard:PhD Dissertation; Care coordination as a method to reduce somatic comorbidity and increase life expectancy in schizophrenia
3. Mette V. Hansen et al; Reducing cardiovascular risk factors in non-selected outpatients with Schizophrenia;IJSP (2016), vol. 62(4), 400-407.
4. Kristian Wahlbeck et al; Outcomes of nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders; BJPsych (2011), 199, 453-458.
5. Sundhedstyrelsens vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser; Vejledningsnr. 9276 af 06/05/2014; offentliggjort 09/05/2014
6. Jer-Hwa HSU et al; Increased risk of chronic obstructive pulmonary disease in patients with schizophrenia: a population-based study; Psychosomatics 2013;54:345-351
7. Julie Damgaard Nielsen et al; Helbredsundersøgelse ved psykisk sygdom; Månedskrift for almen praksis; Nr. 3, Marts 2013;

Vejledning til årskontrol af patienter i antipsykotisk behandling

Indkaldelse:

Patienterne findes ud fra ATC koden N05A (Antipsykotika)

De indkaldes pr brev med angivelse af tid hos sygeplejersken i den måned patienten fylder år.

Konsultation ved sygeplejerske:

EKG

BT

Blodprøver (HbA1c, lipider, TSH, hæmatologi, væsketal, levertal)

Vægt

Højde

Udregning af BMI

Taljeomfang

Spørg ind til KRAM og misbrug

Aftal tid til LFU hvis patienten ryger

Mind patienten om at medbringe medicin til lægekonsultationen

Konsultation ved læge:

Svar på ovenstående

EKG - incl. vurdering af QTc-interval (QTc >500 = kontakt kardiolog)

Medicingennemgang

Fokuseret objektiv undersøgelse med st. p og st. c samt ud fra evt. specifikke klager fra patienten

Aftal indsatsområder

Forslag til indkaldelse:

Kære xx

Vi skriver til dig, fordi vi gerne vil indkalde dig til en årskontrol, da du får antipsykotisk medicin. Ved denne årskontrol vil vi gennemgå din medicin, tale med dig om dit helbred og tjekke, om du skal have taget blodprøver.

Du vil først blive set af en sygeplejerske og vil efterfølgende få tid til svar hos lægen. Til lægesamtalen er det vigtigt, at du medbringer al den medicin, du tager inklusiv håndkøbsmedicin og kosttilskud mv.

Du er velkommen til at medbringe din bostøtte til begge samtaler.

Du har fået tid hos xx d. kl.

Hvis tidspunktet ikke passer dig, er du naturligvis velkommen til at ringe og ændre det.

Mvh.

Lægerne