



# SOMATISK SYGDOM

## BAGGRUND OG EVIDENS



Sikker Psykiatri



# Somatisk sygdom - baggrund og evidens

---

## Indledning

Projektet *Sikker Psykiatri* er et samarbejde mellem Danske Regioner, TrygFonden, Det Obelske Familiefond og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Projektet vil vise, at man inden for de givne rammer kan levere behandling, der både er mere sikker og af højere kvalitet.

Projektet baserer sig på forbedringsmodellen, der er en internationalt anerkendt metode, der med stor succes anvendtes i projektet Patientsikkert Sygehus. Metoden samler klinikere fra flere afdelinger og hospitaler om en fælles forbedringsmålsætning, som ledelsen aktivt dedikerer sig til. Der foretages hurtige og hyppige afprøvninger af, hvilke arbejdsgange der skal ændres for at opnå det ønskede mål. Dette sikrer, at der sker markante forbedringer i et højt tempo, og at forandringerne er udsprunget af det faglige miljø og forankres i daglig praksis.

Forbedringen sker ved, at en række kliniske og organisatoriske patient-sikkerhedspakker gennemføres i praksis. Indholdet i pakkerne er afstemt med Den Danske Kvalitetsmodel og øvrige kvalitetsprojekter i psykiatrien, sådan at der er mulighed for synergi med det øvrige kvalitetsarbejde.

Metoderne er beskrevet i dokumentet "Metoder til hurtige og holdbare forbedringer i sundhedsvæsenet", som kan downloades fra [www.sikkerpsykiatri.dk](http://www.sikkerpsykiatri.dk).

## Baggrund

Mennesker med alvorlig psykisk sygdom (herunder skizofreni, bipolar lidelse, skizoaffektiv lidelse og svær depression) lever gennemsnitligt 15-20 år kortere end den øvrige befolkning, og det vurderes at ca. 60 % af denne overdødelighed skyldes somatisk sygdom. Der er primært tale om hjertekarsygdomme, metaboliske sygdomme samt visse infektionssygdomme. Overdødeligheden skyldes, at disse sygdomme er overrepræsenterede blandt mennesker med psykisk sygdom, hvortil kommer en række barrierer, der stiller disse personer dårligere, hvad angår forebyggelse, diagnostik og behandling af somatisk sygdom.

Nogle af barriererne kan skyldes selve den psykiatriske sygdom, fx en ændret krops- og symptomopfattelse, der kan vanskeliggøre rettidig diagnostik og behandling. Andre barrierer er af mere strukturel karakter og har blandt andet at gøre med, at det kan være svært at navigere i vort fragmenterede sundhedsvæsen – ikke mindst for mennesker med sygdom, der påvirker kognitionen. Det kan derfor ikke forventes, at alle psykiatriske patienter selv følger op på opfordringer om at gå til egen læge, blive henvist til specialist eller lignende.

Litteraturen såvel som rapporter om utilsigtede hændelser peger desuden på en strukturel barriere i form af manglende forståelse mellem de somatiske specialer og psykiatrien, hvorfor patienterne undertiden bliver kastebolde mellem uenige sundhedsprofessionelle med uklar ansvarsfordeling.

I Sikker Psykiatri sættes fokus på somatisk sygdom i form af tre pakker:

- Livsstil og forebyggelse
- Somatisk undersøgelse og opfølgning
- Akutpakken

## Aktiv overlevering

I det kommende anvendes begrebet aktiv overlevering, der derfor indledningsvis vil blive forklaret og uddybet. Der er intet nyt i, at vi ”overleverer” vore patienter. Det kan for eksempel være i forbindelse med et vagtskifte, eller når vi henviser patienten til en speciallæge eller en hospitalsafdeling. I vagtskiftesituationen er vi vant til at kommunikere direkte med den, der overtager ansvaret, og kan i den forbindelse sikre os, at der er klarheden omkring planerne for patienten. Når vi henviser, sker der imidlertid ofte det, at vi helt slipper ansvaret for det videre forløb, uden at vi har sikret os, at der faktisk sker en handling i den anden ende.

Med aktiv overlevering menes der, at patienten tilbydes den nødvendige hjælp til for eksempel at få aftalt en tid hos egen læge, møde op til en aftalt tid i et ambulatorium eller møde til rygestopkursus i kommunalt regi. Det vil være individuelt fra patient til patient, hvilken hjælp der er behov for, og omfanget af aktiv overlevering skal også afstemmes med øvrige indsatser for patientens mestring og egenomsorg

## Livsstil og forebyggelse

Mennesker med alvorlig psykisk sygdom har en mere usund livsstil end den øvrige befolkning med ca. dobbelt så hyppig en forekomst af usundt kostmønster, stillesiddende adfærd og daglig rygning, ligesom der er flere storrygere og svært overvægtige i denne gruppe.

Hvor der tidligere har været en opfattelse af, at det var meget svært – grænsende til umuligt – for mennesker med psykisk sygdom at opnå livsstilsændringer, ved vi nu, at disse mennesker er lige så motiverede som resten af befolkningen for at opnå en sundere livsstil. De oplever dog en række barrierer, fx sygdomssymptomer, bivirkninger af lægemidler og deres samlede livssituation, som vanskeliggør dette mål.

I denne pakke er der derfor et dobbelt fokus: Dels en screening for livsstilsfaktorer (som minimum KRAM-faktorerne: kost, rygning, alkohol og motion), dels en *aktiv overlevering* til et relevant tilbud.

Screeningen skal foregå systematisk og med aktiv inddragelse af patienten. Screeningens konkrete indhold skal afstemmes med eventuelle regionale og lokale vejledninger. Bilag 1 indeholder et forslag til elementer i en systematisk KRAM-screening. Hvis screeningen afdækker en eller flere livsstilsfaktorer, skal patienten søges motiveret (fx med anvendelse af ’den motiverende samtale’) til at ændre denne eller disse faktorer.

Såfremt patienten er interesseret i at benytte et tilbud (fx rygestopkursus), skal der ske en *aktiv overlevering* til et relevant tilbud.

## Somatisk undersøgelse og opfølgning

Såvel litteraturen som en gennemgang af rapporter om utilsigtede hændelser viser, at der er et betydeligt forbedringspotentiale i forhold til diagnostik og behandling af somatisk sygdom. For mennesker med alvor psykisk sygdom er der behov for at sikre en basal udredning for eventuel somatisk komorbiditet og for at vurdere, hvor tæt den somatiske tilstand skal følges under indlæggelsen.

I denne pakke opereres der derfor med en indledende systematisk screening baseret på en bred anamneseoptagelse, parakliniske undersøgelser og en fokuseret anamneseoptagelse. På denne baggrund vurderes det, om patienten har behov for yderligere udredning eller om eventuelle somatiske sygdomme vurderes velbehandlede. Ved behov for yderligere udredning, uanset niveau, skal der som for pakken vedrørende livsstil og forebyggelse ske en *aktiv overlevering* af patienten.

Bilag 2 indeholder et eksempel på indholdet af en systematisk somatisk screening.

## Akutpakken

På baggrund af en dansk mortalitetsanalyse af dødsfald under psykiatrisk indlæggelse (eksklusiv selvmord) samt rapporter om utilsigtede hændelser, er der behov for at styrke indsatsen omkring akut somatisk sygdom, i særlig grad muligheden for rettidigt at reagere på akut forværring.

I denne pakke skal alle patienter have målt vitale værdier ved indlæggelse (herunder ved overflytning til anden afdeling eller afsnit, hvis behandlingsansvaret skifter). På baggrund af en initial vurdering af patientens somatiske komorbiditet besluttet herefter observationsniveauet (hyppigheden af måling af alle eller særlige vitale værdier). I den forbindelse kan der være særligt behov for hyppige målinger for patienter med ustabil somatisk sygdom, patienter hvis somatiske status vækker bekymring, eller patienter der er overført fra somatisk afdeling.

Vitale værdier er i denne pakkes sammenhæng følgende:

- Puls
- Blodtryk
- Respirationsfrekvens
- Temperatur
- Iltmætning
- Bevidsthedsniveau

Bilag 3 indeholder et eksempel på, hvordan de målte værdier kan omsættes til en score samt et eksempel på en handlingsalgoritme baseret på en sådan score.

# Pakker

---

## Pakke: Livsstil og forebyggelse

Pakken omfatter følgende elementer:

1. Systematisk screening for livsstilsfaktorer, herunder KRAM
2. Relevant opfølgning på screeningsresultat
  - a. i eget regi
  - b. i andet regi, med *aktiv overlevering*

Afdelingerne forventes at anvende et systematisk værktøj til screening for livsstilsfaktorer. I tilfælde hvor patienten trods forsøg på at motivere ikke er interesseret i opfølgning anses element 2 tillige for opfyldt. I tilfælde hvor patienten er motiveret for opfølgning, og hvor denne skal foregå i andet regi, anses element 2 kun for opfyldt, hvis der er sket *aktiv overlevering*. Hvis det fremgår, at patienten ikke har ønsket hjælp til opfølgningen anses *aktiv overlevering* for opfyldt.

Procesindikator: Andel indlæggelser/ambulante forløb, hvor patienten har modtaget begge elementer er opfyldt.

## Pakke: Somatisk undersøgelse og opfølgning

Pakken omfatter følgende elementer:

1. Somatisk anamnese
2. Parakliniske undersøgelser
3. Fokuseret objektiv undersøgelse
4. Henvisning til yderligere udredning med *aktiv overlevering*

Alle patienter skal modtage elementerne 1-3. Element 4 anses for opfyldt, hvis det tydeligt af journalen fremgår, at der ikke er behov for yderligere udredning, eller hvis det fremgår, på hvilket niveau yderligere udredning skal foregå og der er sket *aktiv overlevering* i forhold til den yderligere udredning.

Alle indlagte eller ambulante patienter skal modtage pakken mindst én gang årligt eller ved væsentlige ændringer i den somatiske tilstand eller behandlingen af denne.

Procesindikator: Andel indlæggelser/ambulante forløb, hvor patienten har modtaget alle fire elementer inden for de seneste tolv måneder.

## Akutpakken

Pakken omfatter følgende elementer:

1. Måling af vitale værdier ved indlæggelse, overflytning eller ændring i tilstanden
2. Stillingtagen til fortsat observationsniveau

Alle patienter skal have målt vitale værdier (puls, blodtryk, iltmætning, respirationsfrekvens, temperatur og bevidsthedsniveau) ved indlæggelse samt ved overflytning til andet afsnit eller afdeling såfremt behandlingsansvaret i den forbindelse skifter. Hvis patientens tilstand ændrer sig, skal der igen måles vitale værdier. Ændringer kan fx være nyttilkomne symptomer, lægekald i vagten eller iværksættelse af tvang. For alle patienter skal der tages stilling til fortsat observationsniveau og dette skal være dokumenteret i journalen. Det forventes, at der anvendes en systematik i forbindelse med pakken, herunder at der tages stilling til eventuel anvendelse af handlingsalgoritme ved afvigende vitale værdier.

Procesindikator: Andel indlæggelser, hvor patienten har modtaget begge elementer. I opgørelsen af element 1 indgår kun måling af vitale værdier ved indlæggelse.

## Referencer

1. Iacovides A et al. Comorbid mental and somatic disorders: an epidemiological perspective. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21:417-21
2. Topic R et al. Somatic comorbidity, metabolic syndrome, cardiovascular risk, and CRP in patients with recurrent depressive disorders. *PMC article. Croat Med J.* 2013 Oct 28;54(5):453-9.
3. Fleischhacker WW et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: Clinical, policy and research challenges. *J Clin Psychiatr* 2008; 69: 514-9.
4. Osborne D. General adult psychiatry. In: Cormac I et al. (eds.): *Essentials of physical health in psychiatry*. RC-Psych Publications, London 2012, pp. 359-371.
5. Frasch K et al. Physical illness in psychiatric inpatients: Comparison of patients with and without substance use disorders. *Int J Soc Psychiatr* 2013; 59: 757- .
6. De Hert M et al. Physical illness in patients with severe

- mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011; 10: 52-77.
7. De Hert M 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 levels. *World Psychiatry* 2011; 10: 138-51.
  8. De Hert M. Physical health management in psychiatric settings. *Eur Psychiatry* 2010; 25: S22-S28.
  9. Heald A et al. Management of physical health in patients with schizophrenia: practical recommendations. *Eur Psychiatry* 2010; 25: S41-S45.
  10. De Hert M. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry* 2009 ; 8: 15-22.
  11. Nordentoft M et al. Psykisk sygdom og ændringer i livsstil. Rapport. Vidensråd for Forebyggelse, København 2012.
  12. Phelan M et al. Physical health standards and examination. In: Cormac I et al. (eds.): *Essentials of physical health in psychiatry*. RCPsych Publications, London 2012, pp. 101-9.
  13. Tuthill J et al. Emergency medicine. In: Cormac I et al. (eds.): *Essentials of physical health in psychiatry*. RCPsych Publications, London 2012, pp. 423-46.
  14. Hewer W et al. Mortality among patients in psychiatric hospitals in Germany. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91: 174-9.
  15. Kamara SG. Prevalence of physical illness among psychiatric inpatients who die of natural causes. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 788-93.
  16. Konferenceslides fra Kenneth Brandt Hansen: Mortalitetssanalyse i psykiatrien. Internet: [patientsikkerhed.dk/media/681641/s3\\_-\\_mortalitetsanalyse\\_i\\_psykiatrien.pdf](http://patientsikkerhed.dk/media/681641/s3_-_mortalitetsanalyse_i_psykiatrien.pdf)
  17. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere, og kliniske diætister. Version 1.1. Sundhedsstyrelsen, København 2008. Internet: [sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2008/cff/ernaering/bmts\\_vejl\\_dan\\_05mar08.pdf](http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2008/cff/ernaering/bmts_vejl_dan_05mar08.pdf)

# Bilag 1: Elementer i screening for livsfaktorer

---

Dette bilag beskriver de elementer, der som minimum skal indgå i screeningen for livsstilsfaktorer, nemlig elementerne i KRAM-screening. Den konkrete udformning af et eventuelt skema eller tjekliste skal ske lokalt efter afprøvning.

I de lokale afprøvninger vil der også kunne være behov for at vurdere, hvilke elementer der mest hensigtsmæssigt indgår som en del af screeningen for livsstilsfaktorer henholdsvis som en del af den somatiske undersøgelse. Som eksempel kan nævnes, at resultatet af en indledende screening for metabolisk syndrom vil indgå i den somatiske undersøgelse og opfølgning.

## Kost

Screening indebærer en kortfattet anamnese for at afdække eventuel fejl- eller underernæring, spiseforstyrrelser eller metabolisk syndrom. Patientens højde, vægt og taljeomfang måles og dokumenteres, og BMI udregnes. På denne baggrund foretages en primær screening om udgangspunkt i følgende spørgsmål:

- Er BMI  $< 20,5$  eller  $> 24,9$ ?
- Har patienten haft ufrivillig vægtændring inden for de seneste tre måneder?
- Har patienten haft nedsat eller øget kostindtag inden for den seneste uge?
- Er patienten svært syg (stress-metabolisme)?

Såfremt svaret på ovenstående spørgsmål er nej, er patienten ikke umiddelbart i ernæringsmæssig risiko. Vær dog opmærksom på, om anamnesen har afdækket uhensigtsmæssige kostvaner.

Er svaret ja til mindst ét spørgsmål, skal der ske yderligere screening eller udredning, jf. regionale vejledninger for ernæringscreening.

## Rygning

Screening indebærer en kortfattet anamnese for at afdække patientens eventuelle anvendelse af tobak eller passive eksponering herfor.

## Alkohol

Screening indebærer en kortfattet anamnese for at afdække omfang og karakter af patientens eventuelle anvendelse af alkohol og/eller andre rusmidler. Der tages stilling til, om patienten har høj eller lav risiko for sygdom på grund af alkohol:



- Lav risiko:
  - Indtagelse af højst syv (kvinder) eller 14 (mænd) genstande pr. uge
  - Indtagelse af højst fem genstande ved samme lejlighed
- Høj risiko
  - Indtagelse af flere end syv (kvinder) eller 14 (mænd) genstande pr. uge
  - Indtagelse af flere end fem genstand ved samme lejlighed

## Motion

Screening indebærer en kortfattet anamnese for at afdække patientens motionsvaner med fokus på at identificere patienter, der ikke opfylder nedenstående:

- Mindst 30 minutters daglig fysisk aktivitet
- Mindst to gange ugentligt mindst 20 minutters fysisk aktivitet med høj intensitet for at vedligeholde eller øge muskelstyrke og kondition

## Bilag 2: Elementer i somatisk undersøgelse

---

I det følgende uddybes de fire elementer, der indgår i pakken vedrørende somatisk sygdom, idet der nødvendigvis må ske en lokal tilpasning af disse. Bilaget i sin helhed skal ses som et forslag og en inspirationskilde snarere end en begrænsende ramme.

### Somatisk anamnese

Den somatiske anamnese kan med fordel inddeles i en indledende orientering og en opfølgende patientsamtale. Ved den indledende orientering anbefales det at gennemgå følgende med fokus på at afdække tidligere eller eksisterende somatiske sygdomme:

- Tidligere blodprøvesvar
- Tidligere medicinlister
- Epikriser
- Seneste behandlingsplan
- Seneste journalnotat

Anamneseoptagelsen foregår på sædvanlig vis ved en samtale med patienten, hvor der systematisk spørges ind til symptomer fra alle organsystemer. Det anbefales, at dette gøres efter et standardiseret batteri af spørgsmål, fx med udgangspunkt i nedenstående:

### Centralnervesystemet

- Bevidsthed
- Hovedpine
- Svimmelhed
- Syns- eller høreforstyrrelser
- Talebesvær
- Ufrivillige bevægelser eller hæmning af motorik
- Kognitive symptomer

### Kardiopulmonalt

- Hjertebanken eller uregelmæssig hjerterytme
- Brystsmerter
- Hoste
- Vejtrækningsbesvær
- Funktionsbegrænsning
- Antal infektioner/indlæggelser det seneste år

## Gastrointestinalt

- Smerter
- Sure opstød
- Afføring
- Vægttab
- Nye symptomer

## Urogenitalt (kvinder)

- Menstruationscyklus
- Pletblødninger
- Svangerskabsprofylakse (obs. evt. kontraindikationer for p-pille)
- Vandladning og kontinens

## Urogenitalt (mænd)

- Vandladning og kontinens

## Mammae

- Ændringer på brystvæg eller i bryst

## Hud

- Ændringer på huden

## Parakliniske undersøgelser

Behovet for parakliniske undersøgelser vil være individuelt bestemt afhængigt af anamnese og objektiv undersøgelse. Alle patienter bør som minimum screenes for metabolisk syndrom med følgende blodprøver:

- HbA1c, eller i særlige tilfælde fastebloodsukker
- P-Triglycerid
- P-Kolesterol HDL

## Fokuseret objektiv undersøgelse

Den objektive undersøgelse fokuseres med udgangspunkt i anamnesen. For alle patienter undersøges følgende:

- almentilstand
- højde og vægt (BMI)
- taljemål
- blodtryk
- puls
- respirationsfrekvens
- hjerte- og lungestetoskopi

## Henvisning til yderligere udredning og aktiv overlevering

Den somatiske undersøgelse sammenfattes i en konklusion, og det vurderes, om der er behov for yderligere udredning. I bekræftende fald skal der ske henvisning her til, i hvilken forbindelse der anvendes aktiv overlevering.

## Bilag 3: Elementer i akutpakken

I det følgende præsenteres et forslag til, hvordan målte vitale værdier kan omsættes til en score, og hvordan denne score kan anvendes i en handling-salgoritme. Bilaget skal ses som et forslag, og det er væsentligt, at der ved afprøvningerne tages højde for eventuelle lokale eller regionale retningslinjer. Det anbefales ligeledes, at forslaget drøftes med somatikken med henblik på at etablere aftaler om akutte tilsyn, overflytninger m.v.

Bilagets indhold baserer sig på Psykiatrien i Region Nordjyllands udkast til retningsgivende dokumenter på området.

**Table 1: Akutscore, baseret på vitale værdier**

Score	3	2	1	0	1	2	3
Respirationsfrekvens	< 8		8-9	10-20	21-25	26-30	≥ 30
Saturation	< 85	85-89	90-92	≥ 93			
Systolisk blodtryk	< 70	70-89	90-100	101-200		≥ 200	
Puls	< 40		40-49	50-90	91-110	111-129	≥ 130
Glasgow Coma Scale	≥ 8	9-13	14	15			
Temperatur			≥ 35	35,1-37,9	38-38,9	39-39,9	≥ 40
Diurese	Har ingen diurese indenfor de sidste 4 timer			Har haft diurese indenfor de sidste 4 timer			

**Tabel 2: Forslag til handlingsalgoritme baseret på akutscore**

<b>Score</b>	<b>Observationshyppighed</b>	<b>Handlinger</b>
<b>0</b>	Vitalværdier måles en gang i hver vagt i tre dage	
<b>Totalscore 1</b>	Vitalværdier måles en gang i hver vagt i tre dage eller ifølge lægeordning	Scoringsresultat medbringes til stuegang
<b>Totalscore 2</b>	Læge ordinerer observationshyppighed og tilladelig score	Scoringsresultat medbringes til stuegang
<b>Totalscore 3 eller enkeltscorer 2</b>	Læge ordinerer observationshyppighed og tilladelig score	Læge tilkaldes, og lægen konfererer patienten med somatikken
<b>Totalscore 4 eller enkeltscore 3</b>	Læge ordinerer observationshyppighed og tilladelig score	Akut tilsyn af læge eller tilkald af ambulance på 112
<b>Totalscore 5 eller højere</b>	Læge ordinerer observationshyppighed og tilladelig score	Tilkald ambulance på 112