

# Årligt hälsosamtal och somatisk kontroll av patienter med långvarig psykiatrisk ohälsa

Fastställt efter remissgenomgång av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HSD-A § 80-2014). Giltig till november 2018. Utarbetad av koncernstab hälso- och sjukvård i samverkan med sektorsråden allmänmedicin och psykiatri.

## Syfte

För att minska den förtida dödligheten i kroppsliga sjukdomar hos personer med långvarig psykiatrisk ohälsa (exempelvis bipolär, schizofreni, depression- och ångestsyndrom) ska ett hälsosamtal och somatiskt status med fokus på metabolt syndrom och cancersjukdomar genomföras årligen.

## Bakgrund

Socialstyrelsen (SoS) konstaterade 2011 i fyra rapporter att personer med psykisk sjukdom tenderar att underdiagnostiseras, underbehandlas och att de inte får lika god somatisk vård som övriga patienter i befolkningen. Detta resulterar i en förkortad medellivslängd på 15–20 år och ett stort lidande. Även patienter med lätt till måttlig psykisk ohälsa och kontakt med primärvården har förkortad medellivslängd.

I SoS första öppna jämförelse som fokuserar på personer med psykisk sjukdom (psykos och annan psykisk sjukdom, främst ångest- och depressionssjukdomar) 2014 konstateras att det fortfarande finns utrymme för stora förbättringar när det gäller omhändertagande av deras somatiska hälsa.

Flera åtgärdbara somatiska sjukdomstillstånd kan försämra psykiatriskt status och därmed försvåra psykiatriskt rehabiliteringsarbete. För att vården ska kunna vara på lika villkor krävs att den anpassas efter människors olika förutsättningar, patientens totala sjukdomsbild och tillsammans med patienten noggrant identifierar vårdbehov.

## Behandling/genomförande av systematisk kontroll av somatisk hälsa

Alla patienter med allvarlig psykisk sjukdom ska erbjudas årlig hälsoscreening och ett läkarbesök enligt nedan standard för att förebygga och screena för kroppsliga sjukdomar. Screeningen inriktas främst på riskfaktorer för utvecklande av metabola sjukdomar (hjärt- och kärlsjukdom, typ 2-diabetes), astma, KOL samt cancer.

Följande ska vara gjort inför det årliga läkarbesöket:

- Kort hälsosamtal med genomgång av levnadsvanor; rökning, kosthållning, fysisk aktivitet, alkoholvanor genomförs och dokumenteras utifrån [Hälsoformulär](#). Fråga dessutom om symtom på hjärt- kärlsjukdom, astma, KOL, thyreoidearubbning, diabetes, tandstatus och graden av regelbunden kontakt med tandvården samt smärta i leder eller muskler.
- För att systematiskt fånga upp riskfaktorerna vid cancer, se frågeställningarna<sup>1</sup> nedan till alla patienter:
  - Gör det ont/känns konstigt/går trögt när du äter?
  - Har du blivit hes/fått hosta?
  - Har du återkommande kräkningar?
  - Har du gått ner i vikt?
  - Har du sett någon avvikande färg på avföringen eller urinen?
  - Har du känt någon knöl eller sett något märke/sår/konstig färg någonstans på kroppen?
  - Har du känt dig onormalt trött/tröttare än innan?
  - Har du fått ont någonstans där du inte haft ont innan?
  - Har du svårt att kissa/gör det ont när du kissar?
- Dessutom specifika frågeställningar till kvinnor:
  - Har du känt någon knöl/förhårdnad i bröstet?
  - Har du varit på mammografi? Om osäkert svar: fråga om vi får ringa och kontrollera.
  - Har du varit och tagit gynekologiskt cellprov? Om patienten inte vet, kontakta regionens gemensamma kallelsekansli för gynekologisk cellprovtagning: 010-473 38 78. Senaste cellprov kan kontrolleras utan patientens medgivande, dock inte resultatet.
- Dessutom specifik frågeställning till män samma år de fyller 65 år:
  - Har du varit på ultraljudsscreening av aorta?
- Om patienten inte genomgått program för cancerscreening, erbjud ny tid och överväg vem som kan medfölja patienten som stöd.
- Systematisk kontroll av somatisk hälsa för person med psykos/sjukdom och/eller med antipsykotisk medicin v g se bilaga.
- Systematisk kontroll enligt lokala rutiner av somatisk hälsa och biverkningar för person med bipolär sjukdom, som behandlas med litium. En viktig orsak är att de oftare än andra har metabola syndrom, som till exempel övervikt, diabetes eller rubbning av blodfetter – vilket i sin tur kan ge ökad dödlighet i främst hjärt- och kärlsjukdomar.
- Remiss skrivs till EKG-mottagning alternativt kan EKG tas efter överenskommelse på lokal vårdcentral, som också tolkar EKG. Säkerställ att undersökning görs.

- Om inte prover tas på egen enhet, skriv remiss för provtagning på vårdcentral/provtagningscentral. Säkerställ då att proverna tas och provsvar läses. Vid behov av provtagning i hemmet kan samverkan med kommunens sjuksköterska vara aktuell.

## Uppföljning

Vid behov av stöd för förändring av levnadsvanor ska patienten erbjudas detta även inom specialistpsykiatri. Vid behov av somatisk vård remitteras patienten enligt ett av tre tillvägagångssätt:

- sedvanlig remiss
- vid kognitiv svikt och/eller psykosociala problematik erbjuds patienten följeslagare från sin psykiatriska öppenvårdsmottagning (ÖVM) alternativt från kommunens personal som hen har förtroende för. Muntlig hänvisning är otillräckligt.
- vid omfattande kognitiva svårigheter och/eller psykosocial problematik, eller om patienten inte kan motiveras till besök på vårdcentral, så förutsätts närvaro av utsedd allmänläkare på ÖVM så ofta som patientens tillstånd kräver. Syftet med allmänläkarens besök på ÖVM ska vara att om möjligt integrera patientens vård i ordinarie primärvårdsarbete och registreras på vårdcentralen som ett hembesök.

Patienter med cancer eller annan allvarlig somatisk och psykisk sjukdom ska handläggas i samverkan med specialistpsykiatri. Det åligger specialistpsykiatri, efter att hämtat godkännande från patienten, att informera aktuell vårdcentral om patientens diagnos och de behov patienten har. Information och form ska anpassas efter patientens förutsättningar och ges det stöd som krävs för att hon/han ska kunna få rekommenderade åtgärder och samtidigt vara delaktig i beslut. Patienten bör i detta sammanhang erbjudas att ta med en kontaktperson/case manager som hen har förtroende för och som kan ge stöd i beslutssituationen och i samband med åtgärden.

## Vårdprocess – vårdnivå

Specialistpsykiatri ansvarar för årligt hälsosamtal hos personer med psykiatrisk sjukdom och uppföljning av somatiska effekter av pågående psykofarmakabehandling. Vid misstanke om somatisk ohälsa remitteras patienten till primärvård eller somatisk specialistvård.

Primärvård och/eller somatisk specialistvård ansvarar för fortsatt utredning och behandling.

Varje psykiatrisk verksamhet bör initiera en dialog med den lokala primärvården om hur dessa patienter ska skötas i enlighet med RMR *Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri*. Ansvaret för att fungerande samarbetsformer runt dessa patienter uppnås faller på verksamhetschefen för den psykiatriska verksamheten.

## Uppföljning av denna riktlinje

Efterlevnaden till denna riktlinje kommer att följas upp av Kunskapscentrum för psykisk hälsa och återkopplas till sektorsråden psykiatri och allmänmedicin genom följande indikatorer:

- Antal enheter inom vuxenpsykiatri som följer upp patienter minst 1 gång/år med ett hälsosamtal enligt RMR och mäts genom KVÅ-kod (DV030, Hälsosamtal).
- Antal patienter med F20 och F31-diagnos inom vuxenpsykiatri som erhållit minst ett läkarbesök/år.
- Antal personer med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare med tidigare psykiatrisk vård, (1 års eftersläpning på utdata).
- Antal personer med sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet - dödsfall per 100 000 invånare, 18–79 år med samtidig psykisk sjukdom (1 års eftersläpning på utdata) från Socialstyrelsen.
- Årlig redovisning av den totala överdödligheten vid allvarlig psykisk sjukdom från Socialstyrelsen.

## Innehållsansvarig

Sektorsråden psykiatri och allmänmedicin.

Källa till frågeställningarna:

---

<sup>i</sup> Claes Jönsson, överläkare med tidigare ansvar för medicinska utvecklingsfrågor vid Regionalt cancercentrum Väst. Nu verksamhetschef för Hybrid- och interventionsverksamheten vid SU.

Bilaga 1

**Systematisk somatisk kontroll av hälsa för person med antipsykotisk medicinering**

**Tabell 1: Andra generationens antipsykotika och risk för metabola biverkningar**

Läkemedel/substans	Viktuppgång	Risk för diabetes	Försämrad lipidprofil
Klozapin	+++	+	+
Olanzapin	+++	+	+
Risperidon	++	OE	OE
Quetiapin	++	OE	OE
Ziprasidon (a)	+/-	-	-
Aripirazol (a)	+/-	-	-

Symboler: +ökar risk, -ingen eller låg grad av påverkan, OE oklar evidens, (a) funnits kortare tid på marknaden, färre studier tillgängliga.

**Provtagning vid behandling med Klozapin;** kontroll av blodstatus samt B-diff en gång i veckan de 18 första veckorna och därefter en gång i månaden så länge patienten behandlas med läkemedlet.

**Tabell 2: Systematisk kontroll av somatisk hälsa**

	Kvartal, alla patienter	Årligen, alla patienter	Vid nyinsättning/byte av antipsykotika			
			Utgångsvärde	4 v	8 v	12v
Anamnes och somatiskt status; hereditet för eller känd hjärt-kärlsjukdom, diabetes. Symtom på t ex ovannämnda sjukdomar, kronisk obstruktiv lungsjukdom, thyreoidea-rubbning. Kartlägg levnadsvanorna.		x	x			
Vikt	x	x	x	x	x	x
Midjemått (a)		x	x			x
Blodtryck (b)		x	x			x
f-glukos (c)		x	x			x
Lipidstatus (totalkolesterol, HDL, LDL, triglycerider (d))		x	x			x
Överväg rutinmässig lab-screening även av t ex thyreoideastatus lever- och njurprover, HbA1c, elektrolyter, prolaktin, blodstatus, U-albumin, EKG		x				

- (a) Ref värden midjemått: kvinnor >80 cm ökad risk, >88 cm kraftigt ökad risk  
män >94 cm ökad risk, >102 cm kraftigt ökad risk (Sacks 2004).  
Midjemått mäts i navelplanet efter normal utandning.
- (b) Målvärde blodtryck; vanligen <140/90. Vid diabetes <140/85 eller njursjukdom <130/80
- (c) Fasteglukos (f-glukos) ≥7,0 mmol/l diagnostiskt för diabetes. Något förhöjda värden (fastande blodglukos 5,6–6,9) är relativ indikation för oralt glukostoleranstest (OGTT) för ökad diagnostisk sensitivitet. OGTT är ej komplicerat att utföra, kan med fördel genomföras på psykiatrisk klinik för denna patientgrupp. Fastande patient får inta 75g glukos löst i vatten (beställs via apotek). Kapillärt p-glukos ≥12,2 eller venöst p-glukos ≥11,1 efter 2 timmar är diagnostiskt för diabetes. (Läkemedelsboken 2009-10)
- (d) Blodfetter. Behandlingsindikation och behandlingsmål beroende på övriga riskfaktorer (se Behandling av Hyperlipidimi – Behandlingsrekommendation; text nås via [www.lakemedelsverket.se](http://www.lakemedelsverket.se)). Samråd med primärvårdsläkare eller internmedicinare rekommenderas.

Källa: *Schizofreni - kliniska riktlinjer för utredning och behandling*, Svenska Psykiatriska föreningen, 2009 och Nationella riktlinjer för diabetesvård, Socialstyrelsen, 2015.