



2015

# Psykiatri – Audit Paramedicinske undersøgelser

**K A P H**

Kvalitet i Almen Praksis  
i Hovedstaden

Michael Thinggaard Juhl  
Region Hovedstaden  
04-11-2015

## Indholdsfortegnelse

1. Indledning .....	2
1.1 Opdragsholder til audit.....	2
1.2 Baggrund for audit .....	2
2. Paramedicinske undersøgelser .....	2
2.1 Oplæg fra specialepraksiskonsulent i psykiatri .....	2
2.2 Endelig skabelon for audit .....	3
3. Resultat af psykiatriaudit.....	3
3.1 Analyseresultater fra SurveyXact.....	3
3.2 Specialepraksiskonsulentens konklusion på audit .....	7
3.3 Klinikchefs replik til undersøgelsen .....	9
4. Konklusion – fremadrettede aftaler .....	9

# 1. Indledning

Denne audit er lavet i et samarbejde mellem praktiserende læge og specialepraksiskonsulent i psykiatrien Peter Haugaard og Psykiatrisk Center Frederiksberg v/klinikchef John Hagel Mikkelsen og kvalitetskoordinator, Michael T. Juhl.

## 1.1 Opdragsholder til audit

Peter Haugaard er tilknyttet "Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden" (KAP-H), der er Region Hovedstadens og PLO-Hovedstadens samlede konsulentorganisation, der arbejder for at fremme kvalitetsudvikling i almen praksis og i det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen til gavn for regionens borgere. KAP-H har mere end 70 konsulenter tilknyttet, der er organiseret i forskellige teams. Konsulenterne i hospitals- og psykiatrisamarbejdet arbejder blandt andet for patientforløb af høj kvalitet på tværs af sektorer.

## 1.2 Baggrund for audit

Psykiatriske patienters gennemsnitlige levetid er betydeligt kortere end gennemsnitslevetiden i Danmark. Der er på den baggrund behov for et øget fokus på hvad den relative overdødelighed kan skyldes, og om nogle af sygdommene kan forebygges.

# 2. Paramedicinske undersøgelser

## 2.1 Oplæg fra specialepraksiskonsulent i psykiatri

Audit tager udgangspunkt i en vurdering af paramedicinske undersøgelser blandt 60 konsekutivt udvalgte patienter i Distriktspsykiatrisk Center Frederiksberg, som alle behandles med antipsykotisk medicin, herunder SSRI.

Teori: Det er velkendt at psykiatriske patienter tilhører en skrøbeligere patientgruppe, også somatisk. Gruppen udvikler oftere livsstilsrelaterede sygdomme, herunder metabolisk syndrom.

Behandling med antipsykotisk medicin kan, som bivirkning, give forstyrrelser i lipid- og sukkerstofskifte. Endvidere ses hyppigere udvikling af langt QT- syndrom.

Det anbefales derfor, at denne patientgruppe kontrolleres med EKG, blodsukker, kolesteroltal, samt na, k og s-creatinin.

Audit skal derfor afklare følgende ved journalgennemgangen:

1. Ekg. Er der udført kontrol ekg 14 dage efter behandlingsstart, såfremt der gives medicinsk behandling, der kan give nævnte ekg ændringer? Er der tilsvarende udført ekg, såfremt dosis af medicinsk behandling er øget mere end 50 %?
2. Blodsukker eller hbA1C samt ALAT og kolesteroltal.
3. Na k og s-creatinin.

Endvidere bør statusorientering og navnlig epikriser indeholde disse oplysninger.

Audit bør, udover en opgørelse vedr. ovennævnte undersøgelser, munde ud i en forløbsbeskrivelse som kan finde anvendelse såvel i almen praksis som i hospitalssektoren.

Resultat og forløbsbeskrivelse vil blive publiceret på Sundhed.dk, der er den fælles sundhedsfaglige platform for almen praksis.

### **Peter Haugaard**

Praktiserende læge/specialepraksiskonsulent i psykiatri, KAP--H

## **2.2 Endelig skabelon for audit**

Specialepraksiskonsulent i psykiatri og klinikchef drøftede, hvilke parametre der var mest relevante at have fokus på, og den endelige undersøgelsesramme for de 60 elektroniske journaler blev aftalt som følger:

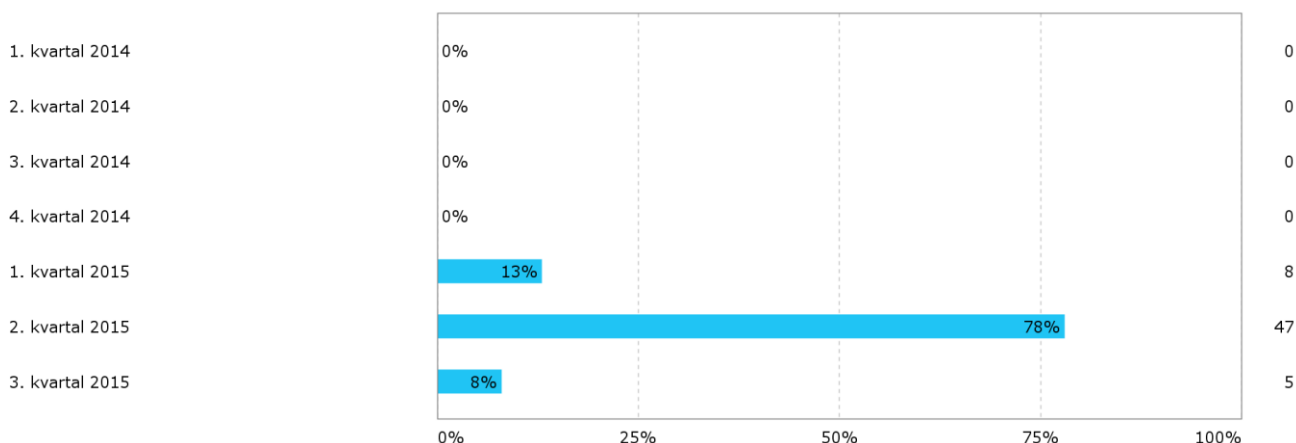
1. Hvilket kvartal/år er patienten opstartet eller øget i antipsykotisk (AP) medicin?
2. Er der taget EKG før opstart af behandling med Antipsykotisk medicin? (op til 3 mdr. før).
3. Er der udført genkontrol af EKG senest 2-3 uger efter opstart af Antipsykotisk medicin?
4. Har EKG-svaret medført et journalnotat?
5. Der er ved journalgennemgang foretaget kontrol af følgende:
6. Blodsukker eller HbA1C / Alat / Kolesterol HDL / Kolesterol LDL / Triglycerid
7. Bemærkninger, såfremt ovenstående værdier er udenfor normalområdet.
8. Hvis kolesterol LDL er > 5. Er der taget initiativ til kolesterolsænkende behandling?
9. Fremgår EKG-svar af statusorientering og/eller epikrise?
10. Fremgår blodprøvesvar af statusorientering og/eller epikrise?

## **3. Resultat af psykiatriaudit**

### **3.1 Analyseresultater fra SurveyXact**

*(De indsatte bemærkninger i selve besvarelsen er indsat efter audit af kvalitetskoordinator, Michael Juhl).*

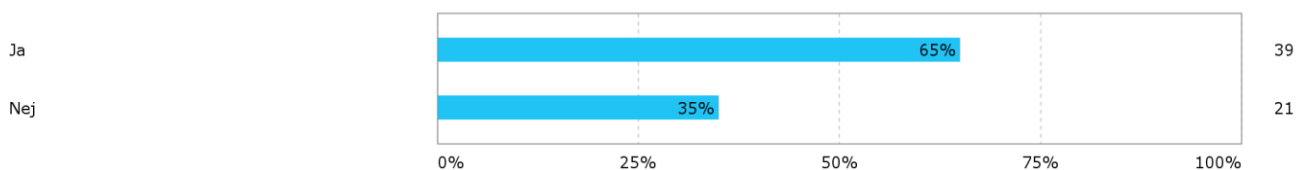
## Hvilket kvartal/år er patienten startet eller øget i antipsykotisk medicin (AP)?



### Bemærkninger:

Der er flere eksempler på mange års behandling med samme præparater, men det undskylder jo ikke de manglende ekg- og blodprøvekontroller ved kortvarige medicinøgning.

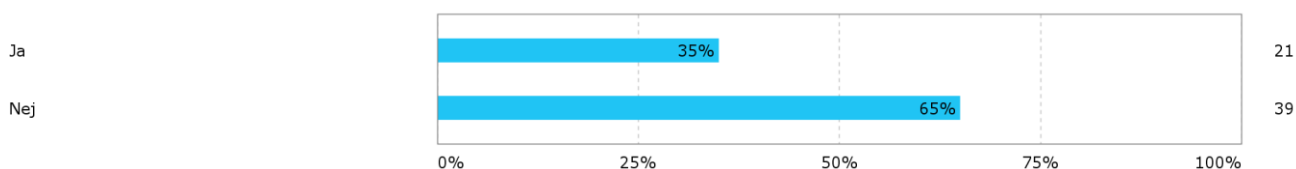
## Er der taget EKG før opstart af behandling med Antipsykotisk medicin? (op til 3 mdr. før)



### Bemærkninger:

Her har jeg været "laxe" og accepteret ældre kontroller samt kontrol sammen med opstart, hvis fx en patient ikke har kunnet/ønsket at samarbejde om prøvetagning. Reelt er der flere nej, men på den anden side er flere af disse patienter tidligere i deres behandling undersøgt for at tåle medicinen.

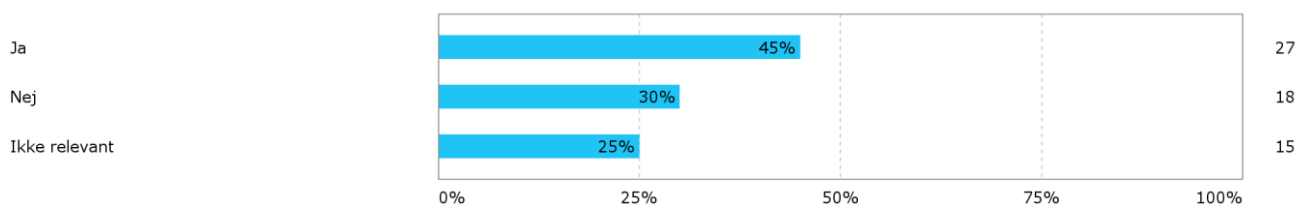
## Er der udført genkontrol af EKG senest 2-3 uger efter opstart af Antipsykotisk medicin?



### Bemærkninger:

Specielt angående patienter tilknyttet ældreteam og opsøgende psykoseteam har det knebet med en opfølgning i henhold til vejledning.

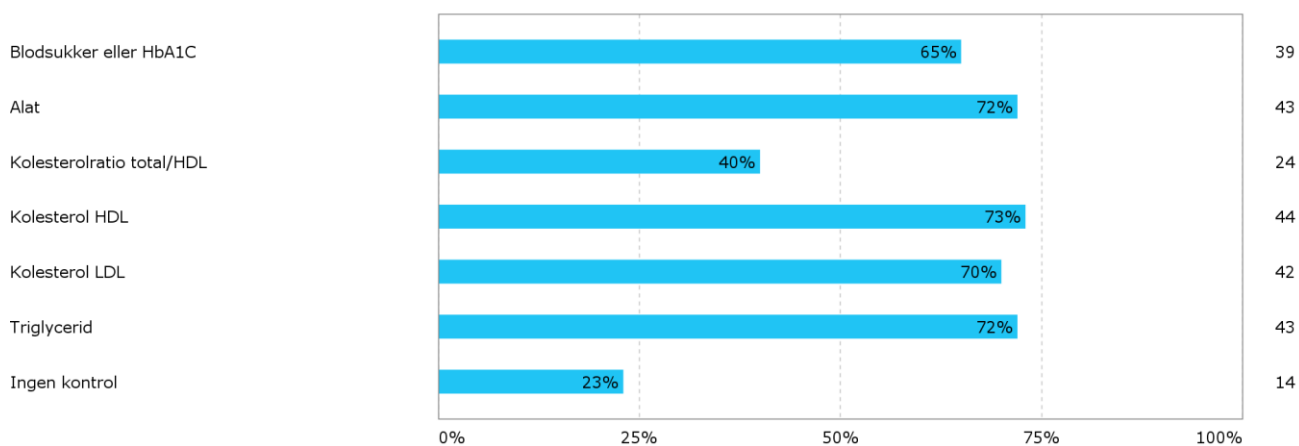
## Har EKG-svaret medført et journalnotat



### Bemærkninger:

Ikke relevant er, fx hvis der ikke er taget et EKG (selvom der burde være taget ekg).

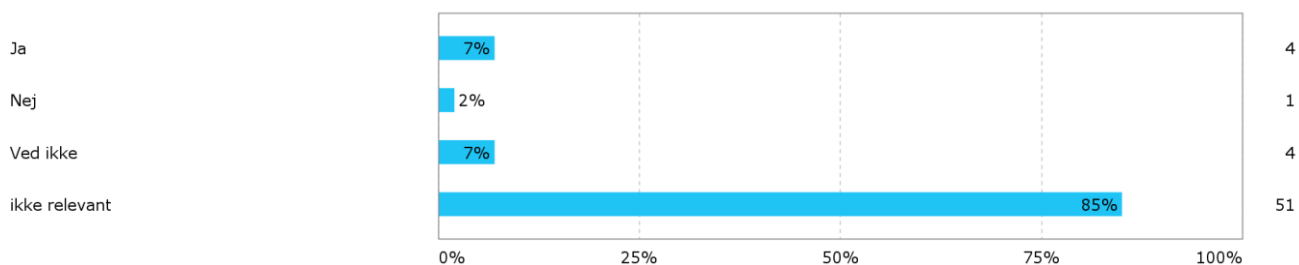
## Ved journalgennemgang er der foretaget kontrol af følgende:



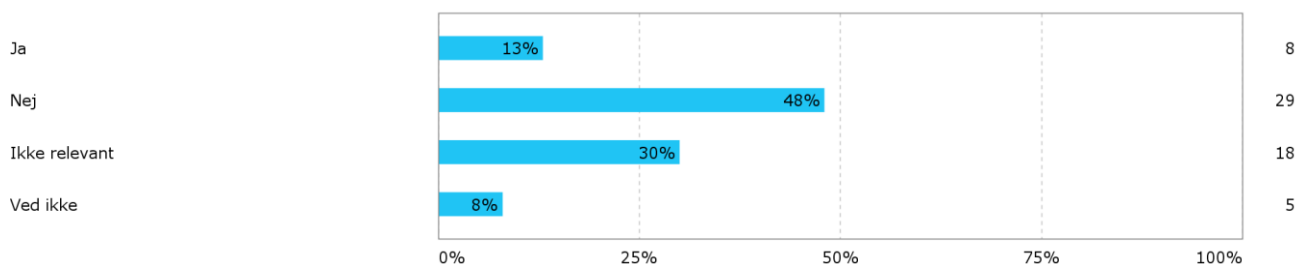
### Bemærkninger:

De fleste af de patienter som ikke har fået foretaget paraklinisk kontrol, er patienter som har haft svært ved at samarbejde (igen ældre/OP). Der kan være bestilt undersøgelser, men de er blevet aflyst flere gange.

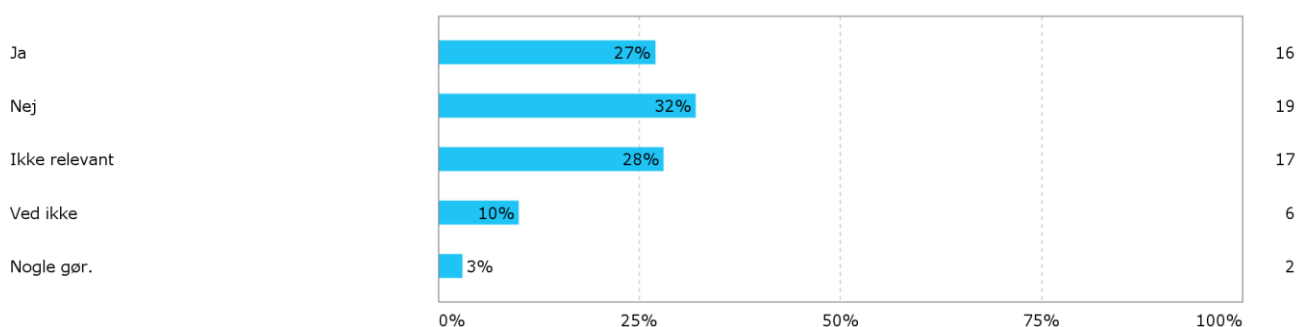
## Hvis kolesterol LDL er > 5. Er der taget initiativ til kolesterolsænkende behandling?



## Fremgår EKG- svar af statusorientering og/eller epikrise?



## Fremgår blodprøvesvar af statusorientering og/eller epikrise?



*Bemærkninger: Ikke relevant er anvendt, når der ingen prøver er taget.*

## Generelle bemærkninger fra kvalitetskonsulent til en kommende audit:

1. Er det interessant fremadrettet at kende patientens tilhørsforhold i psykiatrien (Almen, OPUS, Ældre- eller OP-team<sup>1</sup>)? Patienternes tilstand og formåen er meget forskellig.
2. Har det værdi at vide, om ansvar for at prøver og undersøgelser effektueres, ligger hos bosted/plejehjem eller i psykiatrien? Det ændrer ikke på, at det er psykiaterens ansvar at søge svar.
3. Kolesterolratio – er denne værdi interessant?
4. Er der andre ønsker til opfyldelse af samarbejds punkter imellem psykiater og praktiserende læge? Fx lidt flere bløde værdier, som patientens egne mål for behandling, samarbejde med pårørende/bosted?
5. Vil resultatet blive anderledes, hvis man opdelte de udvalgte patienter i to grupper?
  - Alene kontakt med Psykiatrisk ambulatorium.
  - Kontakt med psykiatrisk ambulatorium **og** været indlagt på psykiatrisk sengeafsnit i undersøgelsesperioden

Mvh

### Michael Thinggaard Juhl

Kvalitets- & arbejdsmiljøkonsulent  
(Sygepl., SD, Master i Professionel Kommunikation)

<sup>1</sup> OPUS er nyopdagede pt m/skizofreni 18-35år, OP-team er opsøgende team til de patienter, som ikke magter selv at komme til ambulatoriet.

## 3.2 Specialepraksiskonsulentens konklusion på audit

### Med henvisning analyseresultatet kan følgende konklusioner drages:

Det drejer sig om audit på et patientmateriale på 60 patienter. Alle patienter er enten startet eller øget i antipsykotisk medicin gennem de første 3 kvartaler af 2015.

Optimalt bør der ved behandling foreligge de i auditbeskrivelsen nævnte parakliniske undersøgelser. Patientgruppen kan være vanskelig at opnå samarbejde med og flere af patienterne har ikke noget ønske om laboratoriekontrol. Dette reducerer undersøgelsesresultaternes antal. Hvilket niveau resultatmængden således i praksis kan ende på er nok vanskeligt at fastlægge.

### Vedrørende de enkelte parakliniske parametre:

#### **Ad 1 ekg:**

2/3 af patienterne havde fået udført ekg, hvilket målgruppen taget i betragtning, må være acceptabelt. At der foreligger et ældre normalt ekg, er bedre end ingenting. Vedrørende kontrol af QTC-ændringer, er det **ikke** optimalt, at kun 35 % (=halvdelen af de patienter, som fik udført EKG før behandling) har fået dette kontrolleret efter 14 dage.

Tilsvarende bør ekg-resultatet medføre journalnotat, hvilket kun er sket i 45 % af tilfældene.

#### **Ad 2 metabolisk kontrol og metabolisk status:**

Ca. 70 % af patienterne har fået udført kontrol af blodsukker, samt levertal og kolesteroltal. Det fremgår, at især de ældre patienter og patienter vurderet ved opsøgende psykoseteam, har haft svært ved at samarbejde om disse undersøgelser. På dette grundlag vurderes resultatmængden acceptabel.

Audit rummer også vurdering af tiltag, såfremt der fandtes abnorme lipid-parametre, specielt såfremt LDL målt over 5,0. 85 % af patienterne med målinger, fandtes med normal LDL. Hos 7 % af patienterne blev der taget initiativ til kolesterolsænkende behandling i form af medicinering og rådgivning om kost og motion. I en procentuel tilsvarende gruppe er LDL konsekvens ikke beskrevet, hvilket igen kan være manglende samarbejde med målgruppen.

#### **Ad 3 Na, k, creat.:**

Disse er ikke blevet inkluderet ved journalgennemgangen for data til audit. Resultaterne er mindre væsentlige for konklusionerne i aktuelle audit, men må forventes at foreligge velrepræsenteret.

#### **Ad 4 statusorientering og/eller epikrise:**

Såfremt det er muligt og accepteret af patienten, er en årlig statusorientering ønskeligt for almen praksis. Især abnorme metaboliske iagttagelser er relevante at orientere om til almen praksis.

Mange tunge psykiatriske patienter, incl. pt tilknyttet OP og gerontopsykiatri har i sagens natur ikke særlig god kontakt til den praktiserende læge. Almen praksis vil gerne tage del i kontrol af metaboliske sygdomme og psykiatrisk afdeling er velkommen til at henvise patienter til vurdering i almen praksis.



I aktuelle audit fremgår ekg svar og blodprøvesvar kun i henholdsvis 13 og 27 % af epikriser/statusorienteringer. En intensivering af dette samarbejde må tilstræbes.

De psykiatriske afdelinger har nu fået tilknyttet en almenmedicinsk konsulent. Man kan anbefale at denne konsulent medvirker til at implementere en forløbsbeskrivelse vedrørende metabolisk kontrol med mere af patienter i antipsykotisk behandling. Endvidere, at han præsenteres for abnorme parakliniske data og deltager i behandling heraf.

## **Konklusion**

Det kan noteres, at der i psykiatrisk regi er fokus på ekg og metabolismekontrol af patienterne. En intensivering af behandlingsmulighederne af denne patientgruppe, især gennem tilknyttet almenmedicinsk konsulent, samt gennem statusorientering/epikrise til almen praksis bør tilstræbes.

## **Forløbsbeskrivelse:**

Forløbsbeskrivelse vedrørende cardiel- og metabolisk status hos patienter i antipsykotisk behandling på psykiatrisk afdeling og i almen praksis bør rumme følgende:

- Der udføres anamnese om disposition til hjertesygdom i familien samt EKG og journalnotater vedr. hjertestatus.
- Endvidere vægt, (BMI), bt, alkohol- og tobaksvaner.
- Kolesteroltal, ALAT hgbA1c og na, k, creatinin.

Ved abnormt ekg konfereres med kardiolog og ved forhøjet hgbA1c behandles patienten som enhver anden med ny diagnosticeret DM.

Ved forhøjede kolesteroltal laves risikovurdering i henhold til anbefaling fra Dansk Cardiologisk Selskab (DCS).

Ved LDL over 5,0 hvor der således er markant forhøjelse af en enkelt risikofaktor, bør dette føre til opstart af medicinsk behandling, hvis dette er nødvendigt for at opnå behandlingsmål.

## **Peter Haugaard**

Praktiserende læge

Borups Alle 140, 2000 F

[p-haugaard@dadlnet.dk](mailto:p-haugaard@dadlnet.dk)

Specialepraksiskonsulent i psykiatri, KAP-H

### 3.3 Klinikchefs replik til undersøgelsen

Vedr. Ekg er der forskel i vejledning om monitorering i RHP-regi (baseline, 12 uger, årligt) og Sst (baseline, 2 uger, 12 uger, årligt). Det skal vi have videre til Kvalitets og Udviklingsafdelingen i RHP.

Ifølge vejledning fra DSAM<sup>2</sup> er kun LDL>6 mmol/l at betragte som høj totalrisiko, hvis øvrige risikofaktorer er normale, hvilket bør medføre kolesterolsænkende medicin. Herudover er det **kombination** af risikofaktorer (lipider, BT, rygning), der er afgørende for indikationen for kolesterolsænkende medicin.

Det er behandlingsplanen, der skal sendes som statusorientering årligt, og i vejledning til behandlingsplan er der kun krav om at anføre væsentlige parakliniske resultater.

I epikrisevejledningen er anført: *"nævn kun resultater som er relevante for lægen"*. Der ligger altså et skøn til grund, hvilket kan være en årsag til den lave rapporteringsgrad – men ikke nødvendigvis er det.

Dette audit giver dog anledning til at overveje, om vi, ligesom ved indlæggelser, skal indføre obligatoriske nykomstprøver på ambulante patienter?

Vi har i øjeblikket overvejelser om at oplære sygeplejersker i psykiatrisk ambulatorium til at tage EKG og blodprøver, så det kan ske på stedet, når lægen ordinerer, især til de patienter som erfaringsmæssigt har svært ved at gå i laboratoriet. Det vil givetvis kunne bedre flere af auditresultaterne. Bl.a. kan tages EKG umiddelbart, så patienten ikke først skal vente på at komme i laboratorium og på at resultater bliver sendt til DPC.

#### John Hagel Mikkelsen

Klinikchef

Ledende faglig ekspert Sundhedsplatformen

## 4. Konklusion – fremadrettede aftaler

(der er ikke udarbejdet en endelig konklusion)

Man kan overveje at gentage audit efter 1-2 år med forventning om forbedringer på udvalgte data. Man kan ligeledes lave en audit i almen praksis på hvordan man her har fulgt op på de patienter som udskrives fra Psykiatrien, herunder om der er specifikke mangler/ønsker.

Med DCS's opdaterede vejledning<sup>3</sup> bør alle patienter med LDL>5 føre til opstart af medicinsk behandling, såfremt dette er nødvendigt for at opnå behandlingsmål.

---

<sup>2</sup> **Kliniske retningslinjer for forebyggelse af kardiovaskulær sygdom i Danmark**

CF Version, dato 08.08.04, side 4

<sup>3</sup> **Præventiv kardiologi og hjerterehabilitering, 13/6 2015** (Revideret af DCS' arbejdsgruppe)

