

Regional riktlinje för förbättrad somatisk hälsa för personer med allvarlig psykisk sjukdom

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne. Regionala riktlinjer har tagits fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Riktlinjerna fastställs av Hälso- och sjukvårdsdirektören



1 FÖRORD

Hälso- och sjukvårdsdirektören har gett i uppdrag till regional expertgrupp för psykisk ohälsa att ta fram förslag till regionala riktlinjer avseende somatisk ohälsa hos personer med allvarlig psykisk sjukdom.

Inom expertgruppen har tillsatts en arbetsgrupp med avgränsat uppdrag att föreslå regionala riktlinjer med syfte att uppmärksamma och bättre tillgodose behov av somatisk vård hos personer med allvarlig psykisk sjukdom.

Fastställt

Malmö 2018-05-31

Fredrik Lennartsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Innehåll

1 Förord.....	2
2 Dokumentinformation	4
3 Sammanfattning	5
4 Uppdrag och Syfte	5
5 Vårdprogramsgrupp	6
6 Förankring och remissyttrande.....	6
7 Avgränsning och definition.....	6
8 Epidemiologi	6
Diabetes	7
Hjärtinfarkt	7
Cancer.....	7
Respiratoriska sjukdomar	7
Smärtproblematik	7
Frakturer	8
9 Prevention – förebyggande insatser	8
Hälsokontroll i primärvården	8
Tandvårdsprevention	8
Levnadsvanor och bibehålla vunnen hälsa	9
10 Remissrutiner	9
11 Diagnostik	10
12 Sjukskrivning, läkemedelsbehandling och rehabilitering.....	11
13 Psykosociala insatser.....	11
14 Ansvarsfördelning, nivåstrukturering, samverkan	11
15 Uppföljning	12
16 Uppföljningsmål.....	13
17 Referenser och länkar.....	13

2 DOKUMENTINFORMATION

	Namn	Position	E-postadress
Huvudförfattare	Lena Hedlund	Fysioterapeut, PhD, specialist psykiatri och psykosomatik	lena.hedlund@skane.se
Fastställt av	Fredrik Lennartsson	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Fredrik.Lennartsson@skane.se
Kontaktperson Koncernkontoret	Kerstin Lindell	Medicinsk rådgivare	Kerstin.h.lindell@skane.se
Administrativ kontaktperson	Carina Åkesson	Publicerare	carina.i.åkesson@skane.se

GILTIGHET

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2018-05-31	2021-05-31	Lena Hedlund
Revidering			

3 SAMMANFATTNING

Samsjuklighet mellan psykiska och kroppsliga sjukdomar är vanligt förekommande. Personer med allvarlig psykisk sjukdom, såsom schizofreni och bipolär sjukdom, har en betydligt ökad samsjuklighet i kroppslig och annan psykisk ohälsa jämfört med befolkningen i övrigt. Gruppen kännetecknas också ofta av negativa socioekonomiska faktorer till exempel dålig ekonomi.

Enligt Öppna Jämförelser fanns det 2013, 2 613 undvikbara somatiska vårdtillfällen för patientgrupperna och 420 för befolkningen i övrigt, per 100 000 invånare. Det högre antalet förklaras med att somatisk sjukdom upptäcks sent i förloppet eller att patienten inte får adekvat behandling bland annat på grund av brister i-kommunikation och följsamhet till behandling. [1-4].

Det finns livshotande samsjuklighet (till exempel hjärt- kärlsjukdom, cancer, astma/kol) och samsjuklighet som ökar lidande och försämrar livskvaliteten (till exempel metabolt syndrom, diabetes mellitus, muskuloskeletala funktionsnedsättningar och symtom). En försämrad livskvalitet kan i sin tur menligt påverka både den psykiska och kroppsliga hälsan [5-7].

Följande åtgärder skapar bättre förutsättningar för adekvat somatisk vård för patientgruppen. Åtgärderna bygger på principen att tidig upptäckt motverkar senare undvikbar sjuklighet.

- Berörda verksamheter ska på lokal nivå ansvara för att ta fram rutiner för ett strukturerat arbete med levnadsvanor, information/utbildning om psykisk sjukdom samt somatisk samsjuklighet.
- Följsamheten till riktlinjerna ska regelbundet följas upp i berörda verksamheter.
- Gemensamma utbildningssatsningar (primärvård, psykiatri och kommun) kring tidiga symtom på somatisk samsjuklighet ska genomföras.
- Behovet av utbildning ska uppmärksammas och initieras av berörda verksamhetsledningar.
- Patientens behov av stöd för att komma till och genomföra utredningar som röntgen, blodprovstagning etc. ska tillgodoses ex av närstående, personlig ledsagare, boendestödjare eller kontaktperson från psykiatrin som vid behov följa med på besök.
- Insatser från flera huvudmän ska vid behov tydliggöras genom en Samordnad Individuell Plan (SIP).
- Psykiatrin har idag fortlöpande patient- och närståendebildningar kring psykisk sjukdom och funktionsnedsättning. I dessa utbildningsprogram ska information om somatisk samsjuklighet ingå.
- Utöver den fasta vårdkontakten inom psykiatrin ska vårdcentralen där patienten är listad utse en fast vårdkontakt.
- Målgruppens behov av tandvård ska uppmärksammas och adekvat stöd ska ges

4 UPPDRAG OCH SYFTE

Hälso- och sjukvårdsdirektören har gett i uppdrag till regional expertgrupp för psykisk ohälsa att ta fram förslag till regionala riktlinjer inom området psykiatri och psykisk ohälsa som omfattar primärvård, psykiatri och kommun. Inom expertgruppen tillsattes en arbetsgrupp

med uppdrag att ta fram riktlinjer som uppmärksammar och bättre tillgodoser behov av somatisk vård hos personer med allvarlig psykisk sjukdom.

Enligt uppdraget är syftet med riktlinjerna att förebygga, behandla och följa upp den somatiska hälsan hos målgruppen. Målet är att den kroppsliga hälsan hos personer med psykisk ohälsa ska förbättras.

5 VÅRDPROGRAMSGRUPP

- Elisabet Blomdahl, specialist allmänmedicin
- Lena Hedlund, fysioterapeut, PhD, specialist psykiatri och psykosomatik
- Karin Torell, specialistsjuksköterska psykiatri, chefsjuksköterska division psykiatri
- Micael von Wowern, utvecklingsledare inom Skånes sydöstra kommuner

6 FÖRANKRING OCH REMISSYTTRANDE

Riktlinjen har skickats till AKO (allmänläkarkonsulter) Skåne, Förvaltningscheferna i Region Skåne, Branschrådet för privata vårdgivare i Skåne, Kommunförbundet Skåne och brukarorganisationerna för synpunkter.

7 AVGRÄNSNING OCH DEFINITION

Det finns ingen enhetlig definition på begreppet samsjuklighet utan begreppet inkluderar flera typer av samband mellan psykisk och kroppslig ohälsa [8].

Kroppslig samsjuklighet kan orsakas av primära effekter av grundsjukdomen (förändrad immunologi, metabolism, psykofysiologi) och av indirekta effekter av sjukdomen exempelvis levnadsvanor, medicinering, bristande självomsorg, nedsatt kommunikationsförmåga, underdiagnostik, utebliven vård och sämre socioekonomiska förhållanden etc. [1-7, 9].

Vid psykisk ohälsa finns även en samsjuklighet mellan olika psykiatriska sjukdomstillstånd, till exempel samtidigt missbruk, depression och ångest [10-11] vilket kan påverka sjukdomsbilden ytterligare. Indikatorn undvikbar somatisk slutenvård bygger på antagandet att om patienter med utvalda sjukdomstillstånd/diagnoser får ett optimalt omhändertagande i öppenvård så kan man generellt påverka vissa inläggningar på sjukhus [2].

8 EPIDEMIOLOGI

Personer med allvarlig psykisk sjukdom såsom schizofreni och bipolär sjukdom, löper högre risk att insjukna i hjärt- kärlsjukdomar, diabetes, sjukdomar i andningsvägar, infektioner och vissa typer av cancer än befolkningen i stort [1, 12-17]. Därtill har de en högre förekomst av benskörhet, med en ökad risk för frakturer och smärtproblematik som sällan uppmärksammas eller behandlas [18-19]. Risken för förtida död är 2-3,5 gånger högre hos personer med schizofreni än normalbefolkningen och den förväntade levnadsåldern är cirka 15 år lägre [12-17].

Patienter med allvarlig psykisk sjukdom får generellt sett inte adekvat somatisk vård och riskerar därför sämre hälsa, oavsett vilka bakomliggande orsaker som finns. Samsjukligheten ställer krav på vårdens förmåga till helhetssyn för att personer med psykisk sjukdom ska få del av till exempel hjärt- och kärlsjukvården. Socialstyrelsen konstaterar att det fortfarande finns utrymme för stora förbättringar kring omhändertagandet av psykiskt sjukas somatiska hälsa och betonar hälso- och sjukvårdens ansvar att nå personer med psykisk sjukdom och samtidig somatisk sjuklighet i samma grad som övriga delar av befolkningen [1-2].

Socialstyrelsens Nationella utvärdering 2013 – Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni, lyfter fram diabetes och hjärtinfarkt som två vanligt förekommande sjukdomar som vården måste uppmärksamma, om möjligt förebygga och vid förekomst behandla [1]. Övriga tillstånd är framtagna efter litteratursökning i databaser av artiklar om somatisk samsjuklighet för patientgrupperna ovan.

Diabetes

Diabetespatienter med allvarlig psykisk sjukdom har i lägre utsträckning än övriga patienter hämtat ut receptbelagda blodfettsänkande läkemedel för att behandla blodfetsrubbingar vid diabetes.

Personer med allvarlig psykisk sjukdom har som grupp en förhöjd risk för amputation av tår, fötter och underben på grund av allvarlig kärllkomplikation till sin diabetes. Slutligen, diabetespatienter med samtidig psykisk sjukdom har en ökad dödlighet, även då självmord och andra skadehändelser med oklar avsikt exkluderats från analyserna.

De bakomliggande orsakerna till dessa skillnader kan vara flera men det är rimligt att på ett mer generellt plan anta att diabetessjukdom upptäcks senare hos personer med allvarlig psykisk sjukdom och att tillgången till diabetesvård och läkemedel av olika orsaker inte når dessa personer i samma utsträckning som övriga [1, 13].

Hjärtinfarkt

Allvarligt psykiskt sjuka patienter har ökad risk att avlida inom sex månader efter en hjärtinfarkt. Påfallande är att när väl somatisk sjuklighet konstaterats hos personer med allvarlig psykisk sjukdom i form av akut hjärtinfarkt, får gruppen inte en skyndsam vårdåtgärd som ballongvidgning i samma utsträckning som andra hjärtinfarktpatienter. Uteblivet ingrepp med ballongvidgning är relaterat till en högre risk att avlida. Personer med psykisk sjukdom hämtade även i lägre utsträckning ut läkemedel förskrivna från hjärtsjukvården för att undvika återinsjuknande i hjärtinfarkt och/ eller annan hjärt-kärllkomplikation. [1,15].

Cancer

Generellt sett verkar förekomsten av cancer vara något lägre bland personer med schizofreni. Att personer med allvarlig psykisk sjukdom i högre grad ändå dör av sin cancer kan bero på att de kommer senare under vård och att canceren därmed upptäcks i ett senare skede [16].

Respiratoriska sjukdomar

Såväl kronisk obstruktiv lungsjukdom, lunginflammation som svåra influensakomplikationer finns i ökad utsträckning bland personer med schizofreni [16].

Smärtproblematik

Såväl personer med depression, bipolär sjukdom som schizofreni har ofta en samtidig långvarig smärtproblematik. Denna uppmärksammas sällan och endast 1-2 procent av patienter med t.ex. schizofreni antas få en adekvat behandling för sina smärtor [20]. Patienter

med schizofreni har dessutom visat sig ha en nedsatt känslighet för smärta och riskerar därmed skada sig oavsiktligt i större utsträckning än andra [21].

Frakturer

Benskörhet och frakturer är mer vanligt förekommande hos personer med t.ex. schizofreni och liknande tillstånd än hos personer utan psykisk ohälsa. Flera faktorer antas bidra till denna: fysisk inaktivitet, dålig kost, rökning, hög alkoholkonsumtion och antipsykosmedicineringen i sig [17, 18].

9 PREVENTION – FÖREBYGGANDE INSATSER

Hälsokontroll i primärvården

En viktig insats när det gäller primärprevention/förebyggande insatser är årlig medicinsk hälsoundersökning av läkare på vårdcentral och hälsosamtal. Redan i Strategisk plan för den psykiatriska vården i Skåne 2012, ”Slutrapport - Kroppslig hälsa hos personer med omfattande och allvarlig psykisk sjukdom” definierades Primärvårdens ansvar för målgruppen enligt nedan:

”Patienten kallas årligen till kontroll avseende somatisk hälsa samt speciellt utveckling av metabolt syndrom och hjärtsjukdom. Basal undersökning - Auskultation av hjärta och lungor, blodtryck, vikt, BMI, ev. EKG. Kemlab: SR el CRP, Hb, P-glukos, blodfetter. Vid behov utökas undersökningen. Hälsosamtal ska ske hos hälso- och sjukvården och identifiering av ohälsotillstånd/- levnadsvanor kan göras av all sjukvårdspersonal men även av kommunens medarbetare [8].” Detta gäller fortfarande.

Vårdcentralen ansvarar för årlig kallelse till hälsoundersökning. Det är angeläget att säkerställa att patienten får en reell möjlighet att komma till hälsoundersökningen. I samband med det första besöket för hälsoundersökning överenskommes med patienten vilket stöd som behövs för uppföljning till exempel med patientens medgivande kan kallelsen skickas till fast vårdkontakt i psykiatrin. Viktigt att fortsätta att uppmärksamma och inte avskryva kontakten om patienten uteblir. Inom primärvården finns många specialutbildade sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter som har ansvar för kontroller och uppföljning av bl.a. diabetes mellitus, astma/kol, rökavvänjning, hjärtsvikt, reumatisk värk och minnessvårigheter. Liknande funktion för personer med allvarlig psykisk sjukdom bör införas.

Tandvårdsprevention

Patienter med allvarlig psykisk sjukdom har ibland svårigheter med sina dagliga rutiner och att förhålla sig till förändringar som påverkar livsföringen över tid. En allvarlig psykisk sjukdom kan medföra att patienten får svårt att upprätthålla sin dagliga munvård, komma ihåg tandvårdsbesök, klara bra kosthållning samt äta regelbundna måltider. Detta i kombination med att patienter med en allvarlig psykisk sjukdom ofta har ökad risk för skador på tänderna på grund av medicinering som ger muntorrhet, gör att denna patientgrupp kan ha möjligheter till ett utökat tandvårdsstöd. Det finns tre [tandvårdsstöd](#) som patienter med psykisk funktionsnedsättning kan ha rätt till.

Levnadsvanor och bibehålla vunnna hälsa

Levnadsvanor ska uppmärksammas tidigt i patientens sjukdomsförlopp. Konsekvenser av medicinering samt symtom och funktionsnedsättningar till följd av allvarlig psykisk sjukdom kan påverka individens förmåga att upprätthålla en hälsosam livsföring. Arbete med levnadsvanor behöver ske kontinuerligt, över lång tid och oftast innefatta ”kvalificerade rådgivande samtal”.

Kvalificerade rådgivande samtal ska genomföras av specialutbildad personal med kompetens att arbeta med beteendeförändring kopplat till den specifika levnadsvanan. Samtalen utgår från patientens önskemål och unika behov. Det ska upprättas en plan för förändring av levnadsvanan och den stegvisa förändringen kan inkludera hemuppgifter och olika självregistreringar. Efter genomförd förändring behövs fortsatt stöd och även stöd med problemlösning vid svårigheter, samt inslag av återfallsprevention för att skapa förutsättningar för varaktig förändring av levnadsvanan (se Region Skånes vårdprogram för levnadsvanor <https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/levnadsvanor/#7090>).

Insatser för att förhindra återfall och att vunnna hälsa ska kvarstå över tid är viktigt. Det är angeläget med återkommande uppföljning av somatisk samsjuklighet, fortsatt arbete med levnadsvanor och att skapa förutsättningar för en god livskvalitet för patienten. Varje verksamhet inom psykiatri, primärvård, somatisk vård och kommun som möter patientgruppen har ett ansvar att berörd personal har relevant kunskap och stöd (till exempel checklista) för att kunna identifiera riskbeteende, ohälsosamma levnadsvanor och symtom på somatisk sjukdom hos personer med psykisk sjukdom. Läs mer i Region Skånes [vårdprogram för levnadsvanor](#): Vid behov fördelas ansvaret för de olika sekundärpreventiva insatserna genom en SIP (Samordnad Individuell Plan).

Lista på symtom som ska utredas för eventuell somatisk sjukdom, kan hittas i Triagehandboken för somatiska sjukdomar i primärvården” [22]. Dock ska påpekas att denna kan vara otillräcklig och ska ses som ett hjälpmedel. Den kan inte ersätta den kliniska bedömningen. Ansvaret för diagnostik, behandling och uppföljning åvilar i första hand på vårdcentralen men ibland på annan somatisk specialistvård enligt ordinarie rutiner vid respektive tillstånd

10 REMISSRUTINER

Patient med psykiatrisk diagnos identifieras vanligtvis initialt inom den psykiatriska vården och remitteras till vårdcentral, som därefter årligen ska kalla patienten till kontroll avseende somatisk hälsa.

Den första remissen kan utfärdas av all vårdpersonal inom psykiatrin. I den Skåneövergripande handläggningsöverenskommelsen mellan primärvård och specialistpsykiatri gällande vuxna finns en utformad ansvarsfördelning mellan psykiatri och vårdcentraler i Hälsoval Skåne [23]. Denna reglerar årliga hälsouppföljningar för patienter med psykossjukdom (ICD-10 kod: F 20 – F 29 d.v.s. i huvudsak schizofreni), patienter med bipolär sjukdom (ICD-10 kod: F 31) samt patienter med flerk Funktionshinder och/eller utvecklingsstörning (ICD-10 kod: F70-F89). [24-25].

Remissen bör innehålla info om sjukhistoria, eventuella aktuella symtom, läkemedelslista och kontaktuppgifter till patienten och eventuell annan person som kan ge stöd i samband med besök.

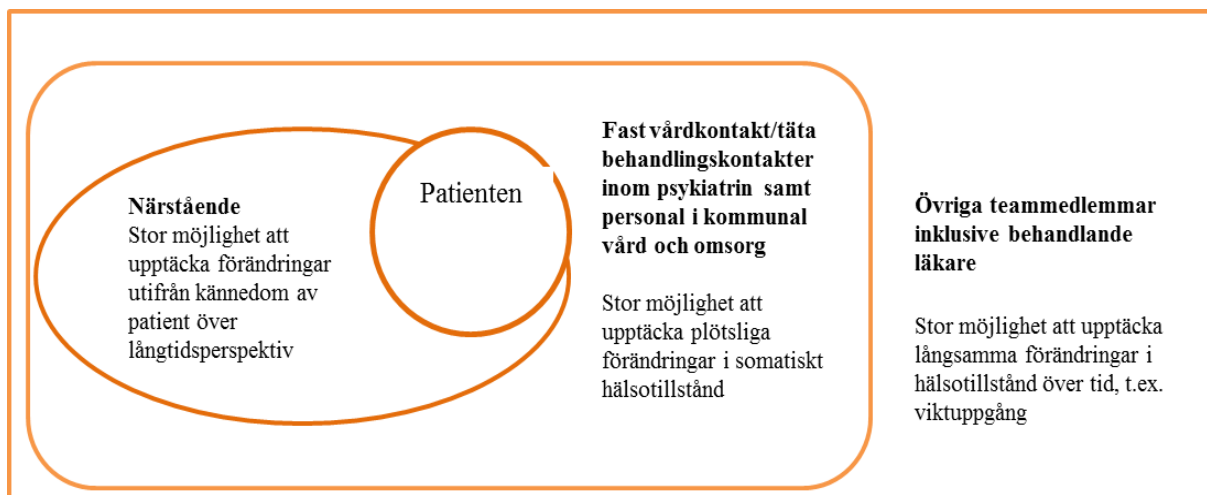
Undersökningen bör i de flesta fall göras på vårdcentral för bästa möjliga omhändertagande. I undantagsfall kan somatisk undersökning göras på psykiatrisk enhet av primärvårdsläkare i de fall patienten av något skäl inte kan besöka primärvården.

11 DIAGNOSTIK

Tidig upptäckt av somatisk samsjuklighet kan indelas i två former:

1. Somatisk samsjuklighet kan upptäckas genom observans på en plötslig eller långsamt förändrad symtombild hos patienten. Det finns en rad somatiska symtom som alla inom psykiatrin bör ha kännedom om. Dessa är t.ex. ökad törst, trötthet, täta urinträngningar.
2. Tidig upptäckt inkluderar även differentialdiagnostik av kroppsliga symtom som både kan ha sin grund i psykisk ohälsa och somatisk sjukdom. Sådana tillstånd är t.ex. trötthet, smärta, ankelödem, andningspåverkan, hjärtklappning och olika muskuloskeletala funktionsnedsättningar.

Olika personer omkring den enskilde patienten har möjlighet att upptäcka förändringar i somatiskt hälsotillstånd, kopplat till kännedom om patienten och besöksfrekvens, se Figur 1.



Figur 1. Olika personer i patientens närhet med möjlighet att upptäcka somatisk samsjuklighet.

Den fasta vårdkontakten inom psykiatrin har stor möjlighet att på ett tidigt stadium uppmärksamma tidiga tecken på somatisk samsjuklighet. Fysioterapeuter inom psykiatrin kan i utökad grad träffa patienter för en differentialdiagnostik av smärta, fysisk kondition och olika muskuloskeletala funktionsnedsättningar och därefter länka patient till primärvården [26]. Kommunens boendestödjare, social hemtjänst och case-managers, som regelbundet

möter patienten i dennes bostad och i arbete/sysselsättning har stora möjligheter att upptäcka tecken på somatisk samsjuklighet.

En alldeles speciell roll spelar närstående vad gäller tidig upptäckt av somatisk samsjuklighet. Närstående ska därför ha en tydlig information om vart de ska vända sig för att förmedla sin oro om förändringar i patientens hälsotillstånd. Vårdcentralen ansvarar i första hand för diagnostik och åtgärd av somatisk sjukdom. Målgruppen kan behöva uppbackning för att upprätthålla kontakten med primärvården, och fullfölja ordinerad utredning och behandling. Det är viktigt att tidigt ha en dialog med patienten om hur stödet ska tillgodoses. En utökad direktkontakt mellan olika yrkeskategorier, inom primärvård, psykiatri och kommunal hemsjukvård underlättar att behandlingsinsatserna genomförs.

Vid insättning av psykofarmaka ska de kliniska riktlinjerna för att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom följas [13].

12 SJKSKRIVNING, LÄKEMEDELSBEHANDLING OCH REHABILITERING

För psykisk sjukdom, som behandlas via psykiatri, faller ansvaret för sjukskrivning och rehabilitering på ansvarig läkare inom psykiatri. Vid samsjuklighet i somatisk åkomma ska ansvaret falla på primärvården eller den sjukhusbundna vården vad gäller sjukskrivning och rehabilitering för den somatiska sjukdomen. Det sker idag en överlappande förskrivning mellan primärvård och psykiatri, av psykofarmaka, analgetika och läkemedel för vanliga somatiska åkommor som allergi, magkatarr mm. Denna förskrivning bör endast ske efter diagnostik och uppföljning inom respektive ansvarsområde.

13 PSYKOSOCIALA INSATSER

Patienter med allvarlig psykisk sjukdom kan behöva längre tid (30-45 min) för att beskriva sina besvär och undersökas. Vårdpersonal kan behöva mer tid för att informera om och motivera till behandling. Information ska ges muntligt och skriftligt, informationen bör upprepas vid flera tillfällen, gärna i närvaro av kontaktperson eller närstående och vb dokumenteras i SIP

Patienten kan behöva stöd för att komma till och genomföra utredningar såsom röntgen, blodprovstagning etc. En närstående, personlig ledsagare, boendestödjare eller kontaktperson från psykiatri kan med fördel följa med på besöket.

Psykiatri har idag fortlöpande patient- och närståendebildningar kring psykisk sjukdom och funktionsnedsättning. I dessa utbildningsprogram ska information om somatisk samsjuklighet ingå och de kan med fördel genomföras i samarbete med personer med egen erfarenhet.

14 ANSVARFÖRDELNING, NIVÅSTRUKTURERING, SAMVERKAN

- Huvudansvaret för den specialiserade psykiatriska vården tillfaller psykiatri.

- Huvudansvaret för ”första linjens psykiatriska vård ” och för den somatiska vården tillfaller vårdcentralerna inom Hälsoval Skåne.
- Huvudansvaret för sociala insatser och hemsjukvårdsinsatser till och med sjuksköterskenivå tillfaller kommunen.
- En SIP (Samordnad Individuell Plan) upprättas när behov av insatser från både landsting och kommun finns och den enskilde samtycker. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska det framgå:
 1. vilka insatser som behövs,
 2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,
 3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och
 4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen

Psykiatrin ansvarar för att remiss skickas vid första tillfället till vårdcentralen för hälsoundersökning. Primärvården ska, utöver den fasta vårdkontakten inom psykiatrin, utse en fast vårdkontakt/kontaktperson för personer med allvarlig psykisk sjukdom för säkerställd årlig uppföljning.

15 UPPFÖLJNING

Antal hälsoundersökningar för målgruppen ska öka de närmsta åren. Målgruppen består av patienter med bipolär sjukdom, psykossjukdom, ca 8000 personer. Även gruppen med utvecklingsstörning ca 4500 personer har motsvarande problematik och ska ha tillgång till hälsoundersökning enligt samma principer. För denna grupp är det fler aktörer som kan behöva ge stöd till kontakt med vårdcentralen ex LSS verksamheter.

Antal genomförda hälsoundersökningar (KVÅ _UP001) i Skåne de senaste åren:

År	Antal hälsoundersökningar
2014	318
2015	590
2016	861
2017	1993

Antal remisser från division psykiatri till primärvården för hälsoundersökning:

År	Antal remisser
2016	165
2017	267

16 UPPFÖLJNINGSMÅL

1. Antal SIP-ar, ID 0001
2. Genomförda hälsoundersökningar – KVÅ-kod finns _UP001
3. Andel personer med BMI > 30, följs i Bipolär och Psykos-R.
4. Antal remisser för hälsoundersökning som skickas från specialistpsykiatri
5. Antal enkla hälsosamtal och kvalificerade rådgivande samtal för patienter med F-diagnos oavsett var vården ges.

En modell för att följa antal fast vårdkontakt i hälso- och sjukvården bör tas fram, finns ej i nuläget.

Uppföljning av exempelvis antikogulantiabehandling vid samtidigt förmaksflimmer och F-diagnos bör göras övergripande i Region Skåne minst vart annat år.

I årsredovisningen för Region Skåne bör beskrivning finnas av vilka insatser som gjorts för att möta ojämlikheten av vårdinsatser för målgruppen.

17 REFERENSER OCH LÄNKAR

1. Nationell utvärdering 2013. Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Indikatorer och underlag för bedömningar samt Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Socialstyrelsen
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19149/2013-6-7.pdf>
2. Öppna jämförelser 2014. Hälso- och sjukvård. Jämförelser mellan landsting. Del 1 och 2. SKL/Socialstyrelsen
3. Merikangas KR, Calkins ME, Burstein M, He JP, Chiavacci R, Lateef T, Ruparel K, Gur RC, Lehner T, Hakonarson H, Gur RE: Comorbidity of Physical and Mental Disorders in the Neurodevelopmental Genomics Cohort Study. *Pediatrics* 2015; 135; 927-38. doi: 10.1542/peds.2014-1444
4. Giandinoto JA, Edward KL. Challenges in acute care of people with co-morbid mental illness. *British Journal of Nursing*, 2014; 23: 13.
5. Nicholl B, Mackay D, Cullen B, Martin BC, Ul-Haq Z, Mair FS, Evans J, McIntosh AM, Roberts B, Deary IJ, Pell JP, Smith DJ. Chronic multisite pain in major depression and bipolar disorder: cross-sectional study of 149611 participants in UK Biobank. *BMC Psychiatry* DOI 10.1186/s12888-014-0350-4..
6. Novick D, Hong J, Montgomery W, Duenas H, Gado M, Haro JM. Predictors of remission

in the treatment of major depressive disorder: real-world evidence from 6-month prospective observational study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2015; 11; 197–205 <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S75498>

7. Campbell G, 1, Darke S, Bruno R, Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 1–9 DOI: 10.1177/0004867415569795.

8. Valderas J, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *Annals of family medicine*. www.annfam.org. Vol. 7, no 4, 2009.

9. Sjukdomsförebyggande metoder. Stöd för införandet av nationella riktlinjer. Socialstyrelsen

10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård – vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.

11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning 2015.

12. McGrath J, Saha S, Chant D and Welham J. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 67-76.

13. Kliniska riktlinjer – Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig Psykisk ohälsa Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, Svensk Förening för Allmänmedicin, Svensk Förening för Diabetologi, Svensk Internmedicinsk Förening, Svenska Cardioloföreningen samt Svensk Förening för Obesitasforskning. Arbetet utfördes under år 2009.

14. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 1123-31.

15. Laursen TM, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H et al. Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the Nordic countries. *PLoS One*. 2013 Jun 24; 8(6): e67133.

16. Olfson M, Gerhard T, Huang C, Crystal S, Scott Stroup T. Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72(12): 1172-1181. [doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1737](http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1737).

17. Manning J. Bipolar Disorder, Bipolar Depression, and Comorbid Illness. Supplement to *The Journal of Family Practice* 2015; 64(6): 10-15.

18. Stubbs B, Gaughran F, Mitchell A, De Hert M, Farmer R, Soundy A, Rosenbaum S, Vancampfort D. Schizophrenia and the risk of fractures: a systematic review and comparative meta-analysis. *General Hospital Psychiatry* 2015; 37: 126–133.

19. Kishimoto T, De Hert M, Carlson HE, Manu P, Corell CU. Osteoporosis and fracture risk in people with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 2012; 25(5): 415–429. doi:10.1097/YCO.0b013e328355e1ac.
20. Stubbs B, Mitchell A, De Hert M, Correll U, Soundy A, Stroobants M, Vancampfort D. The prevalence and moderators of clinical pain in people with schizophrenia: A systematic review and large scale meta-analysis. *Schizophrenia Research* 2014; 160: 1–8
21. Stubbs B, Thompson T, Acaster S, Vancampfort D, Gaughran F, Correll CU. Decreased Pain Sensitivity Among People with Schizophrenia: A Metaanalysis of Experimental Pain Induction Studies. *PAIN* 2015 Publish Ahead of Print DOI: 10.1097/j. pain.
22. vardgivare.skane.se/siteassets/2.-patientadministration/trycksaker-och-webbmanualer/handboker-och-lathundar/triage/triagehandbok-2014.pdf.
23. <http://vardgivare.skane.se/contentassets/95864a3893f74caa972ee7d9308b1854/psykiatri-hlok-150428.pdf>
24. Ramöverenskommelse om samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa. Kommunförbundet Skåne och Region Skåne 10 juni 2013, https://www.google.se/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjL94WGoPDLAhXDDywKHYQmAOsQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fkfsk.se%2Fflarandecoharbetsliv%2Fwp-content%2Fuploads%2Fsites%2F8%2F2014%2F12%2FRamoverenskommelse-10juni1-130101.pdf&usq=AFQjCNFUM8xMHpN2dm3_kTZGaOWR1xNnqQ&sig2=fXM5i4dZlxoZ25RBstQzug&cad=rja
25. Ramöverenskommelse mellan Region Skåne och Skånes kommuner gällande samarbete avseende personer med missbruks- och beroendeproblematik Kommunförbundet Skåne och Region Skåne 15 mars 2015 <http://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/projekt-och-utveckling/samverkan-psykiatri/ramoverenskommelse-mellan-region-skane-och-skanes-kommuner.pdf>
26. Vera-Garcia E, Mayoral-Cleries F, Vancampfort D, Stubbs B, Cuesta-Vargas AI. A systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia: An update. *Psychiatry Research* 2015 <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.083>
27. Analys och handlingsplan – öppna jämförelser i psykiatrisk sjukvård i Region Skåne, 2013. <http://www.skane.se/Public/Protokoll/V%C3%A5rdproduktions-beredningen/2014-05-22/05%20%20C3%96ppna%20j%C3%A4mf%C3%B6relser%202013%20-%20handlingsplan%20psykiatri/20Handlingsplan-oppna-jamforelser-psykiatri-skane.pdf>

Region Skånes vårdriktlinjer - Levnadsvanor

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-varldprogram---fillistning/levnadsvanor-for-vuxna---vardprogram-2017-05-26.pdf>