

## **Redegørelse fra det midlertidige politiske udvalg vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik – overdødelighed**



Dato 01.11-2010

Gitte Bundgaard

Tel. +45 8728 5275

Gitte.Bundgaard@ps.rm.dk

Side 1

Det er dokumenteret, at mennesker med alvorlig psykisk sygdom har en betydelig overdødelighed sammenlignet med den øvrige befolkning. Det gælder alle hovedgrupper af dødsårsager, ikke blot unaturlige dødsårsager som selvmord og ulykker, men også naturlige dødsårsager som hjertekarsygdomme, diabetes, kræft og luftvejslidelser.

Afhængig af diagnose kan psykisk syge patienter forvente at leve 15 - 20 år kortere end den øvrige befolkning. Ca. halvdelen af overdødeligheden kan forklares med fysiske sygdomme.

Psykisk syge har ofte et komplekst sygdomsbillede og tre ud af fire har en eller flere somatiske sygdomme – sygdomme, der ikke altid diagnosticeres. Multisygdom er udbredt hos psykisk syge og 1/6 af de psykisk syge har fire eller flere fysiske sygdomme.

Psykisk syge har således en øget forekomst af potentielt livstruende sygdomme som hjertekrampe, blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen, kræft, diabetes, kronisk bronkitis og rygerlunger. Men de har også en øget forekomst af ikke-livstruende sygdomme som astma, allergi, gigt, knogleskørhed, diskusprolaps, migræne, tinnitus og grå stær.

Mange af de fysiske sygdomme, som psykisk syge rammes af, er livsstilsrelaterede. Rygning, alkoholmisbrug, usunde kostvaner og manglende motion er udbredt hos mennesker med psykisk sygdom. De psykisk syge er imidlertid lige så motiverede som den øvrige befolkning for at leve sundt, motionere og forebygge sygdomme. De kan bare ikke altid gøre brug af de samme tilbud som den øvrige befolkning. Det er derfor nødvendigt, at kommunerne, der har ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme og regionen, der har ansvaret for den patientrettede forebyggelse, der finder sted i almen praksis og på hospitaler, tilrettelægger deres tilbud med psykisk syge for øje.

Fysiske sygdomme hos psykisk syge kan også være bivirkninger ved behandlingen af den psykiske sygdom ligesom den psykiske sygdom i sig selv kan være en barriere for diagnosticering og behandling af fysiske sygdomme. Det skyldes, at visse psykiske lidelser kan gøre det vanskeligt for patienten at bruge sundhedsvæsenet. F.eks. kan skizofreni være forbundet med nedsat smertefornemmelse, manglende opmærksomhed i forhold til symptomer, manglende egenomsorg og utilbøjelighed til at søge lægehjælp.

Forklaringen på overdødeligheden kan imidlertid også søges i sundhedsvæsenets betjening af de psykiatriske patienter. Stigende specialisering inden for såvel somatikken som psykiatrien kan fjerne fokus fra de psykiatriske patienters fysiske helbredsproblemer med underdiagnosticering og underbehandling til følge. Tilsvarende kan specialiseringen fjerne fokus fra somatiske patienters psykiske helbredsproblemer eller fra andre somatiske sygdomme end den, der aktuelt behandles.

Endelig kan henvisningsvejene være en forklaring på manglende behandling af fysiske sygdomme hos psykisk syge. Det er de praktiserende læger, der henviser til behandling i henholdsvis psykiatrien og somatikken. Hvis en psykisk syg med akut behandlingsbehov søger hjælp i en psykiatrisk akutmodtagelse og i den forbindelse diagnosticeres med diabetes eller hjerteproblemer, men ikke indlægges i psykiatrien, skal de igennem det ordinære henvisningssystem via de praktiserende læger. Men de psykisk syge magter ikke altid at indgå i dette henvisningssystem og opsøger derfor ikke den praktiserende læge, hvorfor den oprindelige diagnosticering ikke nødvendigvis fører til behandling.

For patienter med dobbeltdiagnoser – altså mennesker med en psykisk lidelse og et rusmiddelproblem er problemet af en lidt anden karakter.

Patienter med dobbeltdiagnoser har ofte fysiske problemer opstået i forbindelse med ulykkeshændelser og virusinfektioner. De har derfor behov for hjælp fra det psykiatriske og det somatiske sundhedsvæsen såvel som misbrugscentrene.

Symptomer og følgeproblematikker ved dobbeltdiagnoser kan medføre, at patienterne udviser modstand mod behandling, hvilket komplicerer og vanskeliggør behandlingsprocessen. Patienter med dobbeltdiagnoser udgøre derfor en stor udfordring både for misbrugsbehandling, det somatiske og det psykiatriske sundhedsvæsen. Og der kan være en reel fare for at patienter med dobbeltdiagnose lander mellem flere stole, hvor Psykiatrien afviser at

behandle dem fordi de er misbrugere medens misbrugscentrene afviser dem, fordi de er psykisk syge.

Udvalg vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik kan samlet konkludere:

- at der er et stort behov for behandling af fysiske lidelser hos psykisk syge,
- at der er en stor udfordring for sundhedsvæsenet i at behandle psykisk syge med mere end en somatisk sygdom,
- at der er behov for koordinering og samarbejde mellem psykiatrien og somatikken, men også almen praksis og kommunerne ikke mindst om patienter med dobbeltdiagnoser. Det er udvalgets overbevisning at de eksisterende systemer må tage hånd om patienter med dobbeltdiagnoser uanset om det er misbruget eller den psykiske lidelse, der er det primære problem
- at mange fysiske sygdomme hos psykisk syge er livsstilsrelaterede. De psykisk syge er imidlertid stærkt motiverede for at ændre adfærd, hvorfor der er et klart behov for prioritering af forebyggelsesindsatsen blandt mennesker med psykisk sygdom. Et godt eksempel på en sådan indsats er "det tværsektorielle tilbud til mennesker med psykiske lidelse", som Klyngen i Silkeborg har udarbejdet.

### **Anbefalinger**

Med afsæt i ovenstående konklusioner anbefaler Udvalg for samarbejde mellem psykiatri og somatik:

- at forebyggelsesindsatsen blandt mennesker med psykisk sygdom opprioriteres, herunder at det tværsektorielle sundhedstilbud til patienter med en kronisk psykiatrisk lidelse, som Klyngen i Silkeborg har udarbejdet, implementeres og evalueres med henblik på udbredelse af modellen.
- at der iværksættes en øget forskningsindsats med fokus på overdødelighed blandt psykisk syge patienter, herunder årsager til overdødeligheden
- at sundhedsaftalerne anvendes bevidst til at fremme og formalisere samarbejdet mellem kommune, region og almenpraksis med henblik på at sikre psykisk syge - herunder psykisk syge med et misbrug - den optimale udredning og behandling.