
Psykisk og somatisk sygdom, behovet for samarbejde

Overlæge, lektor Ulla Bartels og 1 reservelæge
Frank Bang Nissen

14. Juni 2010

Udvikling i skizofreni behandling

- Bedre medicin
 - Ambulant behandling
 - Af institutionalisering
 - Afstigmatisering
 - Flere patienter søger behandling
 - Tvangsindlæggelserne stiger ikke!
 - Specialisering er kommet for at blive
-

Udfordringer

- Overdødelighed hos sindssyge
 - Psykiske sygdomme hos patienter med fysisk sygdom
 - Misbrug /forgiftning
 - Utilstrækkelig social/psykologisk/ støtte
 - Samarbejde mellem specialerne omkring patienten
-

Forventet levealder er signifikant kortere for patienter med skizofreni

20% - 15 år kortere end den almene befolkning

	Almen befolkning	Patienter med skizofreni
Forventet levealder (år)		
Generelt	76	61
Mænd	72	57
Kvinder	80	65

Hennekens CH, et al. Am Heart J. 2005;150:1115-21.

Overdødelighed ved skizofreni er hovedsagelig relateret til kardiovaskulære sygdomme

	Almen befolkning	Patienter med skizofreni
Absolut risiko for død (%)		
Selv mord	1	10
Kardiovaskulære sygdomme	33	65 !

Risikofaktorer

- Arvelig disposition
 - Fedme, dårlig kost (fastfood)
 - Sukkersyge
 - Rygning(75% mod 25% af befolkningen)
 - Manglende motion
 - Misbrug
 - Bivirkninger ved behandlingen
-

Barrierer for risikoreduktion

- Manglende egenomsorg- søger ikke læge
- Manglende kropsbevidsthed
- Manglende medvirken til behandling

Både den somatiske og den psykiatriske

Hvad er nødvendigt

Behandlingen tværsektoriel- almen praksis-
somatisk afdeling- psykiatrisk afdeling-
kommunernes sundhedscentre

- Kræver patientens aktive medvirken
 - Fastholden i den psykiatriske behandling
 - Derfor er hjemmestøttens aktive medvirken nødvendig
 - Sundhedsaftaler
-

Tiltag

- Samarbejdsaftaler om støtte til sund levevis (forebyggelse) feks:
 - Motionstilbud
 - Rygestopkurser
 - Hjemmestøtte opgaver
 - Samarbejdsaftaler om støtte til gennemførelse af undersøgelser og behandling (kroniker aftaler)
-

Tiltag

- Psykiatrien skal følge patienterne med screenings programmer (årligt check).
 - Blodprøvetagning i distriktpspsykiatrien.
 - Støtte til fastholdelse i den psykiatriske behandling (adherence)
 - Opsøgende tiltag ved udeblivelse også i almen praksis!
 - Psykiatrisk støtte til patienten og den somatiske afdeling til at gennemføre undersøgelser og behandling
-

Psykiatrisk sygdom hos patienter med fysiske lidelser

- Ikke opmærksomhed på det før sygdommen er svært fremskredet
 - Undersøgelse og behandling sporadisk
 - Ingen opfølgning (parallelbehandling)
 - Somatisk afdeling har svært ved at håndtere patienter med samarbejdsproblemer
-

Tiltag

- Geografisk nærhed mellem psykiatri og somatik
 - Styrkelse af liaison psykiatrien også med sygeplejersker og psykologer
 - Konferencer om svære patienter- fælles behandlingsplan
 - Fælles journal
-

Fællesgruppen

- Misbrug
 - Selvskadende adfærd
 - Selvmordsforsøg
 - Spiseforstyrrelser
 - Demenssygdomme
 - Hjerne skader
 - Metabolisk syndrom
-

Hvor langt er vi

- Demens klinikker med både neurologer og psykiatere
 - Neuropsykiatrisk enhed
 - Spiseforstyrrelser med samarbejde mellem BUC og somatisk afdeling
 - Liaisonfunktion opstartet i det små på flere afdelinger
 - FAME bla fælles uddannelse af personalet
-