

Redegørelse vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik

Februar 2011

**Psykiatri og Social
Region Midtjylland**

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	3
2. Resumé af konklusioner og anbefalinger	6
3. Overdødelighed.....	9
4. Samarbejdsrelationer og samarbejdsstrukturer	12
5. Kompetenceudvikling.....	17
6 Forløbsprogrammer	20
7. Afslutning	24
8. Ordforklaring	25

1. Indledning

Udvalg vedrørende samarbejde mellem Psykiatri og somatik

I Region Midtjylland skal behandlingen af psykiatriske og somatiske lidelser foregå i et tæt samarbejde mellem det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen.

Det er bl.a. baggrunden for, at Regionsrådet den 20. januar 2010 nedsatte et midlertidigt udvalg vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik med følgende medlemmer:

- Anders Vistisen (O), formand
- Mette Valbjørn (A), næstformand
- Carl Johan Rasmussen (A)
- Niels Callesøe (F)
- Andreas Steenberg (B)
- Erik Vinther (V)
- Harry Jensen (V)

Udvalget har i perioden 1. maj 2010 til 28. februar 2011 afviklet fem møder og har i overensstemmelse med sit kommissorium søgt at:

- Skabe overblik over eksisterende initiativer og samarbejdsrelationer mellem det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen samt almen praksis.
- Udarbejde forslag til omsætning/implementering af eksisterende anbefalinger med det formål at sikre patienter med både somatiske og psykiatriske sygdomme relevant undersøgelse og behandling.
- Inddrage misbrugsområdet.

Udvalget indledte sit arbejde med en belysning af problemstillingen ved en række faglige ressourcepersoner fra såvel somatikken som psykiatrien. Med afsæt heri besluttede udvalget at arbejde videre med følgende temaer:

- Overdødelighed
- Samarbejdsrelationer og samarbejdsstrukturer
- Kompetenceudvikling og
- forløbsprogrammer

Udvalget vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik afslutter sit arbejde med denne redegørelse til regionsrådet.

Redegørelsen er disponeret i overensstemmelse med de udvalgte temaer, idet hvert tema afsluttes med en konklusion og en eller flere anbefalinger. Afsnit to i redegørelse giver et kortfattet resume af samme konklusioner og anbefalinger. Redegørelsen suppleres af et bilag, i hvilket fagtermer defineres.

Baggrund

Trefjerdedel af de personer, der har en vedvarende psykisk sygdom har således også en eller flere somatiske sygdomme og forekomsten af livsstilsrelaterede lidelser er høj blandt personer med en vedvarende psykisk sygdom sammenlignet med befolkningen i øvrigt.

Forekomsten af hjertekarsygdomme, sukkersyge, luftvejslidelser og allergi er markant højere hos mennesker med en psykisk sygdom end hos befolkningen i øvrigt og for mange mennesker med psykisk sygdom er der tale om et særdeles komplekst sygdomsbillede. Multi-sygdom¹ forekommer hyppigt og en sjettedel af de psykisk syge har fire eller flere fysiske sygdomme².

Tilsvarende ledsages mange alvorlige somatiske lidelser som f.eks. kræft og blodpropper af psykiatriske lidelser som angst og depression.

Undersøgelser har vist, at patienter, der er i krise eller udvikler egentlig angst eller depression i forlængelse af en alvorlig kronisk eller livstruende sygdom har flere sygdomsmæssige tilbagefald og øget risiko for tidlig død³.

En undersøgelse blandt 500 kræftpatienter har vist, at 49 % havde moderate eller svære psykiske gener⁴ og Hjerteforeningen har vist, at mange patienter, der indlægges med blodprop i hjertet, udvikler psykiske reaktioner især angst og depression i forlængelse af indlæggelse og operation. Undersøgelser viser endvidere, at dødeligheden er markant forhøjet hos hjertepatienter med depression⁵. Det er derfor hensigtsmæssigt at medtænke såvel fysisk som psykisk sundhed i sygdomsbehandlingen. Men behandlingssystemet er ikke altid gearet til at diagnosticere og behandle de psykiske reaktioner som en somatisk sygdom kan afstedkomme eller de somatiske sygdomme som mennesker med psykiatriske lidelser rammes af. Udvalg vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik er derfor helt enig i, at behandlingen

¹ Multi-sygdom forstås som forekomsten af to eller flere langvarige sygdomme hos den samme person

² Finn Breinholt Larsen: "Fysisk sygdom hos psykisk syge", Hvordan har du det?

³ Susanne Schmidt Pedersen "Når hjertet brister" i Hjertenyt nr. 3, Hjerteforeningen 2006

⁴ Tine Rask Eriksen "Livet med kræft – i et støtte- og omsorgsperspektiv" Munksgaard 1996

⁵ Susanne Schmidt Pedersen "Hver fjerde hjertepatient er depressiv", HjerteLiv nr. 16, Hjerteforeningen 2006

af psykiske og somatiske lidelser skal foregå i et tæt samarbejde mellem det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen.

2. Resumé af konklusioner og anbefalinger

Indledning

Udvalg vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik har arbejdet med følgende temaer:

- Overdødelighed
- Samarbejdsrelationer og samarbejdsstrukturer
- Kompetenceudvikling
- Forløbsprogrammer

Udvalget har på baggrund af sit arbejde draget konklusioner og peget på en række anbefalinger. De anføres nedenfor, idet der henvises til en mere detaljeret redegørelse i de efterfølgende afsnit.

Overdødelighed – konklusioner og anbefalinger

Udvalget har konkluderet, at:

- Der er et stort behov for behandling af somatiske lidelser hos mennesker med psykisk sygdom.
- Der er en stor udfordring for sundhedsvæsenet i at behandle psykisk syge med mere end en somatisk sygdom.
- Der er behov for koordinering og samarbejde mellem psykiatrien og somatikken, men også mellem psykiatrien, somatikken, almen praksis og kommunerne ikke mindst om patienter med dobbeltdiagnoser.
- Mange somatiske sygdomme hos mennesker med en psykisk sygdom er livsstilsrelaterede, hvilket skaber et behov for prioritering af forebyggelsesindsatsen.

Udvalget anbefaler, at:

- Forebyggelsesindsatsen blandt mennesker med psykisk sygdom opprioriteres. Udvalget anbefaler i denne sammenhæng, at det tværsektorielle sundhedstilbud til patienter med en kronisk psykiatrisk lidelse, som Klyngen i Silkeborg har udarbejdet, skal søges gennemført og evalueret med henblik på en eventuel udbredelse af modellen.
- Der iværksættes en øget forskningsindsats med fokus på overdødelighed blandt psykisk syge patienter, herunder årsager til overdødeligheden.
- Det formaliserede samarbejde i sundhedsaftalerne mellem kommune, region og almen praksis udbygges yderligere med henblik på at sikre personer med psykisk sygdom, herunder samtidig psykisk sygdom og et misbrug – en mere koordineret og sammenhængende udredning og behandling. Parterne bør aftale konkrete tiltag i denne henseende i den kommende periode 2011 – 2014.

Samarbejdsrelationer og samarbejdsstrukturer – konklusioner og anbefalinger

Udvalget har konkluderet at der er mange eksempler på:

- Velfungerende samarbejdsstrukturer og samarbejdsrelationer i mellem psykiatrien og somatikken i Region Midtjylland.
- Velfungerende samarbejdsrelationer mellem en række funktioner i psykiatrien og specialer i somatikken, idet samarbejdet bl.a. skal praktiseres i regi af den fælles Akutafdeling.
- Velfungerende samarbejdsrelationer i forbindelse med anvendelsen af somatiske udredningsteknikker i psykiatrien.
- Nytænkning af de gensidige tilsyn.
- Forskningsprojekter, der afvikles i samarbejde mellem psykiatri og somatik, idet flere af disse bør evalueres med henblik på eventuel udbredelse eller tilpasning.

Udvalget anbefaler, at:

- Psykiatrien og somatikken i hele regionen har lige adgang til diagnostisk teknologi, herunder laboratoriefaciliteter, skannerudstyr m.v.
- Der søges etableret et nærmere samarbejde mellem somatik og psykiatri, f.eks. ved at der laves et forsøg på et hospital, hvor:
 - Psykiatriske sygeplejersker varetager den indledende kontakt til somatiske afdelinger med henblik på afdækning af behovet for tilsyn og/eller
 - Somatiske sygeplejersker varetager den indledende kontakt til psykiatriske afdelinger med henblik på afdækning af behovet for tilsyn.
- De psykiatriske og somatiske patienter med akut behandlingsbehov skal indgå på lige fod i en fælles Akutafdeling. En anbefaling, der i særlig grad skal tilgodeses i forbindelse med planlægning og organisering.
- Organisering og samarbejdsformer imellem psykiatri og somatik vurderes i forbindelse med hver ny psykiatriplan

Kompetenceudvikling – konklusioner og anbefalinger

Udvalget har konkluderet, at:

- Multisygdom er udbredt og vanskelig at håndtere, i særdeleshed, hvis en af sygdommene er en psykisk lidelse.
- Der synes at være et behov for uddannelsestilbud til medarbejdere i psykiatrien om somatiske sygdomme
- Der synes at være et behov for uddannelsestilbud til medarbejdere i somatikken om psykiatriske sygdomme. Det er i den sammenhæng vigtigt at fokusere på:
 - den særlige somatiske sundhedsrisiko, som mennesker med en psykisk sygdom har
 - hvordan mennesker med psykiske lidelser kan tage hånd om en samtidig somatisk lidelse

- hvordan behandlingssystemet støtter mennesker med psykiske lidelser til at få det nødvendige og tilstrækkelige behandlingstilbud for så vidt angår en samtidig somatisk lidelse

Udvalget anbefaler, at:

- Medarbejdere i psykiatrien får en opdateret viden om somatiske sygdomme og medarbejder i somatikken får en opdateret viden om psykiske sygdomme. Det er i den sammenhæng vigtigt at fokusere på:
 - den særlige somatiske sundhedsrisiko, som mennesker med en psykisk sygdom har
 - hvordan mennesker med psykiske lidelser kan tage hånd om en samtidig somatisk lidelse
 - hvordan behandlingssystemet støtter mennesker med psykiske lidelser til at få det nødvendige og tilstrækkelige behandlingstilbud for så vidt angår en samtidig somatisk lidelse

Forløbsprogrammer – konklusioner og anbefalinger

Udvalget har konkluderet, at:

- Multisygdom er kompleks, især når en af de samtidige lidelser er en psykisk lidelse.
- Der er udarbejdet forløbsprogrammer for KOL, diabetes og hjertekarsygdomme i Region Midtjylland.
- Arbejdet med at udvikle et forløbsprogram for muskel-skeletsygdomme er sat i gang.
- De eksisterende forløbsprogrammer er diagnosespecifikke. De tager således ikke højde for multisygdom, herunder forekomsten af en samtidig psykisk lidelse.
- Der ikke er udarbejdet forløbsprogrammer for psykiske sygdomme selvom behovet for tværsektorielt og tværfagligt samarbejde er betydeligt.
- Personer med psykisk sygdom ikke som udgangspunkt er omfattet af kronikerkompasset.

Udvalget anbefaler, at:

- Der udarbejdes forløbsprogrammer for psykiske lidelser, herunder depression.
- Psykiske lidelser indtænkes i kronikerindsatsen i Region Midtjylland, herunder at forløbsprogrammer for somatiske lidelser udvikles og implementeres under hensyntagen til eventuelle psykiske lidelser.
- Mennesker med psykisk sygdom søges omfattet af kronikerkompasset
- Sundhedsstyrelsens videreudvikling af den generiske model for forløbsprogrammer sikrer, at modellen kan anvendes på flere forskellige sygdomsområder, herunder psykiatrien.

3. Overdødelighed

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 sygdomme⁶.

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 bronchitis og rygerlunger. Men de har også en øget forekomst af ikke-livstruende sygdomme som astma, allergi, gigt, knogleskørhed, diskusprolaps, migræne, tinnitus og grå stær⁷.

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 øje⁸.

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.

⁶ Dagens Medicin 22.01.2010: Psykisk syge dør 15-20 år for tidligt

⁷ Finn Breinholt Larsen: "Fysisk sygdom hos psykisk syge", Hvordan har du det?

⁸ Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner pp. 70

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.

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 underbehandling 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 behandling⁹.

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 i kommunerne.

Symptomer og følgeproblematikker ved dobbeltdiagnoser kan medføre, at patienterne udviser modstand mod behandling, hvilket komplicerer og vanskeliggør behandlingsprocessen. Patienter med dobbeltdiagnoser udgør 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.

⁹ Finn Breinholt Larsen "Fysisk sygdom hos psykisk syge", Hvordan har du det?

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.
- 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 holdning, 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.
- 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 Silkeborg¹⁰ 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, skal søges gennemført og evalueret med henblik på en eventuel udbredelse af modellen.
- Der iværksættes en øget forskningsindsats med fokus på overdødelighed blandt psykisk syge patienter, herunder årsager til overdødeligheden.
- Det formaliserede samarbejde i sundhedsaftalerne mellem kommune, region og almenpraksis udbygges yderligere med henblik på at sikre, personer med psykisk sygdom - herunder samtidig psykisk sygdom og et misbrug - en mere koordineret og sammenhængende udredning og behandling. Parterne bør aftale konkrete tiltag i denne henseende i den kommende periode 2011-2014.

¹⁰ Der er 6 klynger i Voksenpsykiatrien og to i børne- og ungdomspsykiatrien. Klygernes opgave er lokalt at foretage opfølgning og skabe udvikling i forhold til sundhedsaftalerne. Klyngen i Silkeborg består af Regionspsykiatrien Silkeborg og Silkeborg Kommune, idet regionen deltager med en repræsentant for Psykiatri- og Socialledelsen, afdelingsledelsen, en praksiskonsulent og en repræsentant for Regional Sundhedssamarbejde.

4. Samarbejdsrelationer og samarbejdsstrukturer

Indledning

Psykiatri og somatik er to grene af lægevidenskaben. Begge grene har fokus på årsagssøgning, diagnostik, behandling og forebyggelse og der er i dag tale om ligeværdige lægelige specialer med tætte kliniske og forskningsmæssige relationer.

I et historisk perspektiv har samarbejdsrelationerne været begrænsede og psykiatrien har i perioder været tilskrevet lavere status end somatikken. De seneste år har der imidlertid været et nært samarbejde i mellem de to grene af lægevidenskaben, fordi psykiatriske og somatiske sygdomme ikke altid lader sig adskille.

I Region Midtjylland er psykiatrien og somatikken organiseret i ét velfærdsspor bestående af de somatiske hospitaler, herunder de to nye hospitaler – DNV og DNU -, der er undervejs, det præhospitale beredskab og Psykiatri- og socialområdet.

Psykiatrien rummer to specialer; voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien og somatikken rummer 36 specialer imellem hvilke samarbejdet om konkrete patienter skal koordineres.

Der er syv hospitalsenheder i somatikken, medens psykiatri- og socialområdet er samlet i én regionsdækkende driftsorganisation Psykiatri og Social.

Psykiatri og Social ledes af en driftsledelse og de somatiske hospitaler ledes af hospitalsledelser. Såvel psykiatri- og socialledelsen som hospitalsledelserne i somatikken refererer til direktionen og er således underlagt samme ledelse, samme koncernretningslinier mv.¹¹

Opdelingen af de somatiske sygehuse og psykiatrien i selvstændige driftsenheder er kendt og praktiseret i alle fem regioner i Danmark. Opdelingen har bl.a. rødder i ønsket om at sikre optimal politisk og ledelsesmæssig bevågenhed, faglig udvikling og specialisering og ikke mindst koordinering med andre aktører inden for de respektive grene af lægevidenskaben, herunder særligt kommunerne. Opdelingen matcher de fleste kommuners

¹¹ Organisationsplan for Region Midtjylland, januar 2010

forvaltningsstruktur og kan forenkle henholdsvis psykiatrien og somatikens samarbejde med kommunerne. I alle regioner er der en særlig bevågenhed på behovet for samarbejde på tværs af psykiatri og somatik og på tværs af specialer i somatikken både for så vidt angår diagnosticering og behandling.

Eksisterende samarbejdsrelationer og samarbejdsstrukturer

Der er i dag en række samarbejdsrelationer og samarbejdsstrukturer i mellem somatik og psykiatri. De kan kategoriseres som:

- Funktionelle
- Tekniske
- Patientnære og
- Forskningsmæssige

Funktionelle samarbejdsrelationer og samarbejdsstrukturer

Der er et velfungerende samarbejde mellem en række funktioner i psykiatrien og specialer i somatikken, herunder:

- Spiseforstyrrelser i samarbejde med pædiatri og intern medicin, hvor samarbejdet bl.a. kan bestå i en medicinsk og pædiatrisk udredning af den spiseforstyrrede psykiatriske patient og i en medicinsk behandling af den spiseforstyrrede psykiatriske patient, når dette er relevant i tillæg til den psykiatriske behandling
- Gerontopsykiatri i samarbejde med neurologi og geriatri, hvor samarbejdet kan bestå i neurologisk geriatrik udredning af den gerontopsykiatriske patient og omvendt en gerontopsykiatrisk udredning af den neurologiske eller den geriatrike patient
- Kompliceret skizofreni og psykoser i samarbejde med gynækologi og obstetrik, hvor samarbejdet kan omfatte skizofrene, der skal føde eller skizofrene, der skal til undersøgelse og behandling i gynækologisk afdeling. Samarbejdet kan også bestå i, at skizofrene med vrangforestillinger om gynækologiske sygdomme bliver gynækologisk udredt
- komplicerede affektive lidelser i samarbejde med gynækologi og obstetrik, hvor samarbejdet kan omfatte patienter med komplicerede affektive lidelser, der skal føde eller patienter med komplicerede affektive lidelser, der skal til undersøgelse og behandling i gynækologisk afdeling. Samarbejdet kan også bestå i, at patienter med komplicerede affektive lidelser med vrangforestillinger om gynækologiske sygdomme bliver gynækologisk udredt
- Komplicerede somatoforme lidelser i samarbejde med somatiske specialer. Somatoforme lidelser er lidelser, hvor patienter vedvarende klager over dårligt fysisk helbred selvom gentagne undersøgelser ikke har påvist en somatisk lidelse. Inden for feltet funktionelle lidelser kan samarbejdet bestå i udredning i både somatikken og i psykiatrien

Samarbejdet praktiseres bl.a. i regi af:

- Demens klinikker

- Neuropsykiatrisk enhed
- Center for Spiseforstyrrelser
- Liaisonfunktionen
- Den fælles akutafdeling, hvor der samarbejdes om alle patienter med akut behandlingsbehov som f.eks.
 - Forgiftnings- og afrusningspatienter, hvor der ofte er behov for psykiatrisk bistand, når den umiddelbare somatiske behandling har fundet sted
 - Patienter med selvmordsforsøg
 - Patienter med somatiske klager på grund af panikangst eller depression
 - Patienter med misbrug
 - Patienter med udadreagerende adfærd på grund af hjernesygdom
 - Ældre patienter i delir
 - somatiske patienter, som skal tilbageholdes med tvang for at den nødvendige behandling kan gennemføres.

Der er en lang række fordele ved samarbejdet i en fælles akutafdeling, men det er afgørende, at der er fokus på et hensigtsmæssigt modtagelsesmiljø ikke mindst for de psykiatriske patienter med akut behandlingsbehov.

Teknisk funderede samarbejdsrelationer og strukturer

Somatiske udredningsteknikker som blodprøver, scanninger mv. anvendes i stadig stigende omfang i psykiatrien. Tilsvarende er der øget forskningsmæssig og klinisk fokus på genteknologien.

Der er i dag et tæt samarbejde mellem somatik og psykiatri om patienter, der skal have f.eks. ECT-behandling eller scanninger i narkose for at udelukke somatiske sygdomme som årsag til deres adfærd. Med stigende efterspørgselspres på psykiatrien og øget brug af nye udrednings- og behandlingsmetoder må der forventes et stigende behov for, at psykiatrien sikres adgang til laboratoriefaciliteter, scannere med videre.

De patientnære samarbejdsrelationer og strukturer

Det kliniske samarbejde mellem psykiatrien og somatikken foregår blandt andet i form af gensidige tilsyn. Der tilbydes således planlagte tilsyn til somatiske patienter, som er indlagt i længere tid og akutte tilsyn til patienter, der er suicidal-truede eller er akut psykotiske og urolige i et omfang, som de somatiske afdelinger har svært ved at tackle.

Praksis i dele af regionen er, at erfarne specialsygeplejersker i psykiatri varetager den indledende kontakt til en somatisk afdeling med henblik på at afdække behovet for et egentlig tilsyn. Det har vist sig hensigtsmæssigt, da de ofte formår at formidle den ekspertise og indsigt, der skal til, for at det

somatiske plejepersonale kan varetage omsorgen for en patient, der udviser symptomer på en psykiatrisk lidelse.

De forsknings- og uddannelsesmæssige samarbejdsrelationer

Udvikling og implementering af en integreret behandling af patienter med både psykiatriske og somatiske lidelser fordrer en intensiv forskningsindsats med samarbejde mellem psykiatere, neurologer, radiologer, immunologer, genetikere, psykologer og sociologer.

Den psykiatriske forskning foregår i dag i et tæt samarbejde med de kliniske afdelinger og en række forskningsopgaver foregår også i et nært samarbejde med forskningsenheder i de somatiske hospitaler specielt indenfor neurofagene.

Der er følgende eksempler på igangværende forskningsprojekter, der afvikles i et samarbejde mellem psykiatri og somatik:

- Sammenhænge mellem depression og kardiovaskulær sygdom hos førstegangsdeprimerede over 50 år
- Kognitiv funktion og depression hos patienter med kronisk Hepatitis C virus infektion før og efter behandling
- Hjernens strukturelle og funktionelle forhold hos førstegangsdeprimerede over 50 år belyst ved MR-scanning.

PET-Centret på Århus Sygehus er et andet eksempel på et forskningsbaseret samarbejde. Med brug af PET-skannere, der er skannere, der kan bruges til skanning af hele kroppen, er det muligt at udforske sygdomme, som man ved skyldes biologiske forstyrrelser i hjerte, hjerne og andre organer, hvilket betyder gennembrud for diagnosen af bl.a. neurologiske og psykiske sygdomme. Med den nye HRRT-scanner, der benyttes til skanninger af hjernen, har PET-Centret endvidere fået adgang til en ny teknologi, som f.eks. kan bruges til at skelne mellem depression og begyndende demens¹².

Anbefalinger

Det er udvalgets holdning, at de psykiatriske og de somatiske specialer i enhver henseende er ligeværdige specialer.

Med afsæt i denne holdning anbefaler udvalget, at:

- Psykiatrien og somatikken i hele regionen har lige adgang til diagnostisk teknologi, herunder laboratoriefaciliteter, skannerudstyr mv.

¹² www.aarhussygehus.dk/om+os/afdelinger/pet-centret

- Der søges etableret et nærmere samarbejde mellem somatik og psykiatri, f.eks. ved at der laves et forsøg på et hospital, hvor:
 - psykiatriske sygeplejersker varetager den indledende kontakt til somatiske afdelinger med henblik på afdækning af behovet for tilsyn og/eller
 - somatiske sygeplejersker varetager den indledende kontakt til psykiatriske afdelinger med henblik på afdækning af behovet for tilsyn.
- De psykiatriske og somatiske patienter med akut behandlingsbehov skal indgå på lige fod i en fælles Akutafdeling. En anbefaling, der i særlig grad skal tilgodeses i forbindelse med planlægning og organisering.
- Organisering og samarbejdsformer imellem psykiatri og somatik vurderes i forbindelse med hver ny psykiatriplan.

5. Kompetenceudvikling

Indledning

Personer med psykisk sygdom har ofte et kompleks sygdomsbillede og tre ud af fire har en eller flere somatiske sygdomme. Sygdomme, der ikke altid diagnosticeres eller behandles i tilstrækkelig omfang, fordi den psykiatriske sygdom overskygger den somatiske, eller fordi personalet på de psykiatriske afdelinger ikke er trænet i at observere den form for sygdom.

Tilsvarende er der patienter på de somatiske afdelinger, der ikke bliver behandlet for deres psykiske lidelser – psykiske lidelser, som de kan have udviklet i forlængelse af den somatiske sygdom, de er indlagt for. Det kan skyldes, at det somatiske personale ikke har fokus på at diagnosticere psykiske sygdomme og i det hele taget kan finde det vanskeligt at håndtere og tolke den adfærd, som patienter med psykiske lidelser udviser. Og det kan betyde at de somatiske afdelinger først bliver opmærksomme på den psykiske sygdom, når sygdommen er svært fremskredet.

Behovet for kompetenceudvikling

Multisygdom er kompleks for personer med to eller flere samtidige lidelser, specielt ved samtidig forekomst af en somatisk og psykiatrisk lidelse. Udfordringen er, at psykiatrien ikke nødvendigvis har sit fokus på somatiske lidelser og at somatikken kan have svært ved at diagnosticere og agere hensigtsmæssigt på patienter med psykiatriske lidelser.

Den specialisering af de sundhedsfaglige ydelser, der på mange måder er afgørende for en høj faglig kvalitet kan således fjerne fokus fra de psykiatriske patienters fysiske helbredsproblemer ligesom opmærksomheden på forekomsten af symptomer på psykisk sygdom hos patienter med somatiske lidelser kan være begrænset. Dette på trods af, at mange patienter med alvorlige somatiske lidelser kan udvikle psykiske sygdomme. F.eks. kan alvorlige kræftsygdomme ledsages af psykiske lidelser som angst og depression. Konsekvensen er underdiagnosticering og underbehandling med et utilstrækkeligt behandlingsresultat til følge.

Det er derfor afgørende, at sundhedspersonalet i såvel psykiatrien som somatikken formår at identificere symptomer på både somatiske og psykiatriske lidelser og dermed sikre, at patienter får den relevante udredning og behandling. Det er tilsvarende vigtigt at udredning og behandling af patienter med både psykiatriske og somatiske symptomer foregår i et nært samarbejde.

Dette samarbejde finder bl.a. sted i form af gensidige tilsyn. I dele af regionen er praksis, at erfarne specialsygeplejersker i psykiatri varetager den indledende kontakt til en somatisk afdeling med henblik på afdækning af behovet for et egentlig tilsyn. Det har vist sig hensigtsmæssigt, da de ofte formår at formidle den ekspertise og indsigt, der skal til, for at det somatiske plejepersonale kan varetage omsorgen for en patient, der udviser symptomer på en psykisk lidelse. Målrettet og bevidst kompetenceudvikling af de berørte sygeplejersker er imidlertid en klar forudsætningen for en sådan praksis.

Kompetenceudvikling i Region Midtjylland

Udvalg vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik har noteret sig:

- Det fremgår af Region Midtjyllands Sundhedsplan, at sundhedspersonalet skal styrkes i forhold til at identificere symptomer på både somatiske og psykiatriske lidelser og dermed sikre, at patienten får den relevante udredning og behandling. Det fremgår endvidere, at der skal findes initiativer, der styrker personalet i det somatiske sundhedsvæsen i forhold til at samarbejde med patienter, som også har en psykiatrisk lidelse. Det fremgår endelig at Region Midtjylland vil arbejde med en strategi for styrkelse af personalets kompetencer omkring identificering og håndtering af henholdsvis somatiske og psykiatriske lidelser hos patienterne¹³.
- Det fremgår af psykiatriplan for Region Midtjylland, at sammenhængen mellem det somatiske og psykiatriske område bør understøttes med fælles initiativer inden for forskning og uddannelse¹⁴.

Såvel somatikken som psykiatrien har fokus på kompetenceudvikling og efteruddannelse og et af de temaer for efteruddannelse som psykiatri og socialledelsen har prioriteret er netop somatiske sygdomme for medarbejdere i psykiatrien. Efteruddannelsesindsatsen kan imidlertid fortsat styrkes.

Udvalg vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik kan konkludere:

- At multisygdom er udbredt og vanskelig at håndtere, i særdeleshed, hvis en af sygdommene er en psykiatrisk lidelse
- At der synes at være et behov for uddannelsesstilbud til medarbejdere i psykiatrien om somatisk sygdom
- At der er behov for uddannelsesstilbud til medarbejdere i somatikken om psykiatriske sygdomme. Det er i den sammenhæng vigtigt at fokusere på:
 - den særlige somatiske sundhedsrisiko, som mennesker med en psykisk sygdom har

¹³ Sundhedsplan for Region Midtjylland

¹⁴ Psykiatriplan for Region Midtjylland

- hvordan mennesker med psykiske lidelser kan tage hånd om en samtidig somatisk lidelse
- hvordan behandlingssystemet støtter mennesker med psykiske lidelser til at få det nødvendige og tilstrækkelige behandlingstilbud for så vidt angår en samtidig somatisk lidelse

Anbefalinger

Udvalg vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik anbefaler at fokus på kompetenceudvikling af sundhedspersonalet fastholdes, således at:

- Medarbejdere i psykiatrien får en opdateret viden om somatiske sygdomme og medarbejdere i somatikken får en opdateret viden om psykiske sygdomme. Det er i den sammenhæng vigtigt at fokusere på:
 - den særlige somatiske sundhedsrisiko, som mennesker med en psykisk sygdom har
 - hvordan mennesker med psykiske lidelser kan tage hånd om en samtidig somatisk lidelse
 - hvordan behandlingssystemet støtter mennesker med psykiske lidelser til at få det nødvendige og tilstrækkelige behandlingstilbud for så vidt angår en samtidig somatisk lidelse

6 Forløbsprogrammer

Indledning

Omkring en tredjedel af Danmarks befolkning lever med en eller flere kroniske sygdomme som f.eks. åreforkalkning, sukkersyge, lungesygdomme, kræft, gigtsygdomme og psykiske sygdomme

I Region Midtjylland er der 18.000 borgere i aldersgruppen 25 – 79 år, der har en vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser.

Undersøgelser¹⁵ viser, at trefjerdedele af disse borgere har en eller flere fysiske sygdomme.

Multisygdom er kompleks for såvel den enkelte patient som sundhedsvæsenet, i særdeleshed hvis en af de samtidige lidelser er en psykisk sygdom.

Generisk model¹⁶ for forløbsprogrammer¹⁷

Der er flere forhold af betydning for, at patienter, herunder kronisk syge patienter får et godt forløb. Det gælder blandt andet:

- patientens evne til at håndtere sin situation,
- indsatsen fra sundhedsvæsenet og øvrige kommunale instanser
- varigheden og koordinationen af indsatsen imellem praktiserende læge, sygehus og kommune såvel som internt på sygehusene.

På den baggrund har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med kommuner og regioner udviklet en generisk model for forløbsprogrammer.

Forløbsprogrammer:

- Beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given kronisk sygdom og sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats.
- Giver en præcis beskrivelse af opgavefordelingen, samt koordinering og kommunikation mellem alle de involverede parter.
- Lægger vægt på at understøtte de berørte borgeres evne til at yde egenomsorg og mestre livet med en kronisk sygdom.

Hidtil har der været fokus på de store kroniske sygdomsområder – som kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), diabetes og hjertekarsygdomme - og det

¹⁵ Finn Breinholt Larsen, "Fysisk sygdom hos psykisk syge", Hvordan har du det?

¹⁶ Generisk model defineres som generel model

¹⁷ Sundhedsstyrelsen, "Forløbsprogram for kronisk sygdom – Generisk model og forløbsprogram for diabetes

enkelte forløbsprogram har rettet sig mod en diagnosemæssigt velafgrænset sygdomsgruppe.

Sundhedsstyrelsen arbejder imidlertid på en videreudvikling af den generiske model for forløbsprogrammer. Videreudviklingen af modellen skal sikre, at modellen kan anvendes på forskellige sygdomsområder, og der er fra Sundhedsstyrelsen peget på bl.a. psykiatriområdet. Endvidere har mange patienter med kronisk sygdom flere samtidige behandlingskrævende sygdomme, hvilket den reviderede generiske model også skal tage højde for.

Forløbsprogrammer i Region Midtjylland

I Region Midtjylland er der i samarbejde mellem kommuner praksissektor og hospitaler udarbejdet tværsektorielle forløbsprogrammer for:

- Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL),
- type 2 diabetes og
- hjertekarsygdom.

De tre forløbsprogrammer blev godkendt af Regionsrådet i april 2009 ligesom kommunerne i regionen har foretaget en politisk og /eller administrativ behandling af forløbsprogrammerne.

Fælles for forløbsprogrammerne er, at de har fokus på de respektive somatiske sygdomme og ikke som udgangspunkt tager højde for psykiske symptomer.

Som et led i at forstærke indsatsen for patienter med kronisk sygdom, har Region Midtjylland igangsat et stort kvalitetsprojekt i almen praksis – kaldet "Kronikerkompasset"¹⁸. Mere end 75 % af praksisserne i regionen deltager i projektet, som forløber i perioden 2010-2012.

Formålet med kronikerkompasset er:

- at sikre veltilrettelagte og systematiserede kronikerforløb med henblik på at styrke tidlig opsporing og behandling af borgere med kronisk sygdom.
- at indsatsen skal understøttes af data, idet målet er at skabe:
 - overblik over den samlede population af kronikere,
 - dokumentation for den indsats, der er ydet til den enkelte patient – også på tværs af sektorer.

Kronikerkompasset tager afsæt i forløbsprogrammerne for kronisk sygdom og psykiske lidelser er ikke som udgangspunkt tænkt ind i projektet.

I forbindelse med godkendelsen af den generelle politiske sundhedsaftale for 2011 – 2014 er det besluttet, at der skal udarbejdes yderligere to forløbsprogrammer i aftaleperioden. Det er sundhedskoordinationsudvalget, der

¹⁸ Sundhed.dk "Kronikerkompasset"

træffer endelig beslutning om, hvilket sygdomsområde forløbsprogrammerne skal omhandle og der er således tale om en beslutning, der træffes i fællesskab mellem kommuner, region og repræsentanter fra praksissektoren.

Der er allerede iværksat et arbejde med udvikling af et forløbsprogram på muskel-skeletområdet.

Mange patienter med en psykisk sygdom har også somatiske lidelser, herunder kroniske lidelser og de vil som sådan være omfattet af de eksisterende forløbsprogrammer for så vidt angår deres kroniske somatiske lidelse. De eksisterende forløbsprogrammer er imidlertid diagnosespecifikke og tager ikke højde for multisygdom, herunder samtidig psykisk sygdom. Hertil kommer, at der ikke er iværksat forløbsprogrammer for en specifik psykiatrisk diagnose.

Det skal ses i lyset af det forhold, at et optimalt forløb for personer med en psykisk sygdom er endog mere komplekst og involverer endda flere aktører end tilfældet som oftest er for patienter, der alene har kroniske somatiske lidelser. Det skal endvidere ses i lyset af det forhold, at den psykiske sygdom og den sociale isolation, der ofte ledsager en psykisk sygdom, kan gøre det vanskeligt for den psykisk syge patient at være opsøgende og tage ansvar for et givet behandlingsforløb.

Tværasektorielt samarbejde

Samarbejdet med kommunerne omkring patienter med psykiatriske diagnoser omfattes i et vist omfang af sundhedsaftalerne. Det gælder f.eks. samarbejdet om patienter med skizofreni, men ikke i samme omfang patienter med depression og andre ikke psykotiske lidelser som f.eks. angst og der eksisterer ikke et formaliseret samarbejde med kommunen om denne målgruppe, der organisatorisk befinder sig i beskæftigelses- eller sygedagpengesystemet.

Det kan synes påfaldende da depression er en sygdom med store sociale, menneskelige og økonomiske omkostninger. Der er således på ethvert givet tidspunkt 20 – 30.000 voksne i Region Midtjylland, der har en depression og depressioner giver anledning til store udgifter både for så vidt angår behandling men også sygemeldinger, tidlige tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet mv. Endelig risikerer 10 – 30 % af patienter med depression at udvikle en kronisk depression.

Udvalg vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik kan på baggrund af ovenstående konkludere, at:

- Multisygdom er kompleks, især når en af de samtidige lidelser er en psykisk lidelse.
- Der er udarbejdet forløbsprogrammer for KOL, diabetes og hjerte-karsygdomme i Region Midtjylland.
- Arbejdet med at udvikle et forløbsprogram for muskel-skeletsygdomme er sat i gang.

- De eksisterende forløbsprogrammer er diagnosespecifikke. De tager således ikke højde for multisygdom, herunder forekomsten af en samtidig psykisk lidelse.
- Der ikke er udarbejdet forløbsprogrammer for psykiske sygdomme selvom behovet for tværsektorielt og tværfagligt samarbejde er betydeligt.
- Personer med psykisk sygdom ikke som udgangspunkt er omfattet af kronikerkompasset.

Anbefalinger

Udvalg vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik anbefaler, at:

- Der udarbejdes forløbsprogrammer for psykiske lidelser, herunder depression.
- Psykiske lidelser indtænkes i kronikerindsatsen i Region Midtjylland, herunder at forløbsprogrammer for somatiske lidelser udvikles og implementeres under hensyntagen til eventuelle psykiske lidelser.
- Mennesker med psykisk sygdom søges omfattet af kronikerkompasset.
- Sundhedsstyrelsens videreudvikling af den generiske model for forløbsprogrammer sikrer, at modellen kan anvendes på flere forskellige sygdomsområder, herunder psykiatrien.

7. Afslutning

Udvalg vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik har konstateret og redegjort for, at mennesker med alvorlig psykisk sygdom har en betydelig overdødelighed sammenlignet med den øvrige befolkning. De har et komplekst sygdomsbillede og en øget forekomst af livsstilsrelaterede lidelser. Patienter med dobbeltdiagnoser, altså mennesker med en psykisk lidelse og et rusmiddelproblem udgør en særlig udfordring.

Udvalget har endvidere redegjort for, at en række alvorlige somatiske lidelser som kræft og blodpropper ledsages af psykiske sygdomme som f.eks. depression og angst.

Udvalget har endelig redegjort for, at multisygdom er udbredt og vanskelig at håndtere, specielt ved samtidig forekomst af en somatisk og en psykisk sygdom. Det er imidlertid vigtigt for det endelige behandlingsresultat, at såvel somatiske som psykiske sygdomme diagnosticeres og behandles. Det fordrer samarbejde på tværs af specialer i somatikken og på tværs af psykiatri og somatik.

Udvalg vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik har konkluderet at multisygdom er udbredt og behovet for samarbejde mellem psykiatri og somatik, men også mellem psykiatrien, somatikken, almen praksis og kommunerne er stort ikke mindst for så vidt angår samarbejdet om patienter med dobbeltdiagnoser. Der er en række eksempler på velfungerende samarbejdsrelationer, men der er fortsat behov for fokus på tværsektorielt og tværfagligt samarbejde.

Det har været udvalgets sigte, at denne redegørelse og de anbefalinger, som udvalget har peget på er så konkrete, at de er umiddelbart anvendelige. Og det er udvalgets forventning, at der fremover vil være øget fokus på:

- forebyggelsesindsatsen for mennesker med psykisk sygdom,
- multisygdom
- samarbejde på tværs af specialer i somatikken og på tværs af psykiatri og somatik
- kompetenceudvikling og
- tværsektorielt og tværfagligt samarbejde

8. Ordforklaring

Nedenstående ordforklaring er inddelt i alfabetisk rækkefølge.

ADHD

ADHD står for Attention Deficit Hyperactivity Disorder og er et udtryk for en sygelig høj grad af opmærksomhedsforstyrrelse, aktivitet og impulsstyring. Lidelsen er en anerkendt diagnose, som forekommer hos børn og senere også i voksenalderen. ADHD er en kronisk lidelse, hvor symptomerne dog ofte ændrer sig over tid.

Affektive lidelser

En affektiv lidelse dækker over mani, depression eller en blanding af mani og depression. Se under mani og depression for yderligere forklaring.

Aftalesygehus

Det kan eksempelvis være et samarbejdssygehus, privatsygehus, klinikker m.v., som regionen har indgået aftale med.

Almen praksis

Almen praksis er de alment praktiserende læger.

Der har vist sig store fordele ved et aftalt samarbejde mellem de alment praktiserende læger og Psykiatrien i form af shared care. Yderligere informationer fremgår under shared care.

Ambulant

Ambulant er benævnelsen for behandling uden indlæggelse, hvor hyppigheden er varierende, afhængig af behovet.

Ambulatorium

Et ambulatorium er betegnelsen for et undersøgelses- og behandlingssted for patienter, som ikke er indlagt. Det er hyppigst knyttet til hospitaler. Patienter kan indkaldes til forundersøgelse i et ambulatorium, ligesom efterbehandling også kontrolleres i et ambulatorium.

Angstlidelser

Angst består af selve angstfølelsen, kropslige ledsagefænomener (hjerterebanken, åndenød osv.), tanker forbundet med angsten og en adfærd, der har til formål at undgå angsten. Angst forekommer som selvstændigt fænomen ved angsttilstandene, men er også et symptom ved mange andre psykiske lidelser.

Bidiagnose

Psykiatriske patienter kan have flere psykiske lidelser, hvoraf en bidiagnose ikke er patientens primære diagnose (hoveddiagnose).

Comorbiditet

Comorbiditet dækker over samtidig forekomst af to eller flere sygdomme.

Delir

Delir er en bevidsthedstilstand, hvor der forekommer hallucinationer, vrangsideer og desorientering.

Demens

Demens er en sygdom, hvor hjernens funktion svækkes, hvilket ofte ses ved hukommelses- og koncentrationsbesvær samt ændringer i følelseslivet. Der findes flere former for demens, hvoraf sygdommen især ses hos ældre som Alzheimer demens.

DDKM

DDKM står for Den Danske Kvalitetsmodel, der er et nationalt og tværgående kvalitetsudviklingssystem for hele sundhedsvæsenet – både det offentlige og private.

Depression

Depression er en psykisk lidelse med forstyrrelser i stemningslivet, der giver sig til udtryk ved tristhed, håbløshed og en uoverkommelighedsfølelse. En depression kan være let, moderat eller svær. Ved svær depression kan patienten eksempelvis udvikle sig til at være psykotisk eller helt holde op med at spise og drikke.

Diagnose

Diagnose er betegnelsen for en sygdomskategori, der er defineret i klassifikationssystemer. I det meste af verden anvendes WHO's klassifikationssystem ICD-10.

Diagnostik

Med diagnostik menes, at patienten får stillet en lægefaglig diagnose.

Distriktpsychiatri

Distriktpsychiatri er en betegnelse for behandling af psykiatriske patienter i hjemmet eller nærmiljøet i modsætning til den behandling, som gives i forbindelse med hospitalsindlæggelse. Nogle ambulatorier benævnes imidlertid for distriktpsychiatrier. Distriktpsychiatrien henvender sig således til patienter, som med hjælp er raske nok til at klare sig i eget hjem.

Dobbelt diagnose

Dobbelt diagnose er betegnelsen for patienter med både en psykisk sygdom og et samtidigt behandlingskrævende misbrug.

ECT

ECT er en forkortelse for det engelske Elektro Convulsive Terapi, tidligere benævnt elektrochok. ECT er en moderne videnskabelig veldokumenteret behandling, som primært bruges ved behandling af svær depression.

EEG

EKG er en forkortelse for ElektroKardioGram. EKG er en undersøgelse af hjertet ved hjælp af elektroder, som måler hjertets funktion.

Elektive patienter

Begrebet dækker over planlagte patienter (modsat patienter som kommer akut)

EPJ

EPJ står for Elektronisk patientjournal. Den elektroniske patientjournal skal medvirke til at styrke kommunikationsmuligheder på tværs af faggrupper, specialer, matrikler og eksterne samarbejdspartnere.

Evidens(baseret psykiatri)

Forebyggelse, diagnosticering og behandling efter metoder, hvis virkning der findes videnskabeligt bevis for.

Generisk model

Generel model

Gerontopsykiatri

Gerontopsykiatri er et lægeligt ekspertområde, der omfatter psykiatriske lidelser hos ældre.

Hoveddiagnose

Hoveddiagnosen er patientens primære diagnose, som opgøres efter ICD-10 klassifikationen.

ICD-10

ICD-10 står for International Classification of Diseases 10. udgave, som er et internationalt system udarbejdet af WHO til klassifikation af legemlige og psykiske lidelser.

Klinik

En klinik tilbyder specialiseret ambulans udredning og behandling af specifikke psykiatriske sygdomme.

Liaisonpsykiatri

Liaisonpsykiatri er et psykiatrisk fagområde, der beskæftiger sig med at diagnosticere, behandle, forske i og forebygge psykiske sygdomme blandt patienter med somatiske sygdomme; funktionelle lidelser, hvor patienter er plaget af fysiske symptomer uden påviselig forklaring; og psykologiske reaktioner, der påvirker behandlingsresultatet ved somatiske sygdomme.. I daglig tale forstås begrebet oftest som tilsyn, dvs. psykiatriske tilsyn af patienter indlagt på somatiske afdelinger

Lokalpsykiatri

I det tidligere Århus Amt anvendes betegnelsen lokalpsykiatri om de distriktspsykiatriske enheder.

Mani

Mani er en psykisk lidelse med opstemthed ledsaget af symptomer som forøget energi med hyperaktivitet, taletrang, overdreven selvtillid, storagtige ideer og tab af normale sociale hæmninger.

Mestring

Ved mestring forstås samspillet mellem de ressourcer, individet har til rådighed og den måde de udnyttes på.

Mentalobservation

Mentalobservation er en omfattende psykiatrisk undersøgelse af en sigtet i en straffesag, som foretages, når der kan være mistanke om, at den pågældende lider af en psykisk lidelse. Straffelovsovertrædelser straffes ikke, hvis den pågældende på gerningstidspunktet var sindssyg, og den sigtede vil i reglen blive dømt til psykiatrisk behandling.

Neuropsykiatri

Neuropsykiatri betegner den del af psykiatrien, der især fokuserer på biologiske årsager til psykiske sygdomme.

NIP

NIP er en forkortelse af Det Nationale Indikatorprojekt, som omhandler udvikling, afprøvning og implementering af indikatorer og standarder til vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser (den sundhedsfaglige kvalitet).

Oligofreni

Oligofreni betegner en person med en psykisk lidelse, som er udviklingshæmmet.

Organiske psykiske lidelser

En organiske psykiske lidelse er en sindslidelse i hjernen, og årsagen er en biologisk fejlfunktion/forstyrrelse.

Personlighedsforstyrrelser

En personlighedsforstyrrelse viser sig ved den måde man føler, tænker, opfatter og forholder sig til andre mennesker på. En personlighedsforstyrrelse giver sig til udtryk ved en afvigende adfærd, som er langt ud over det sædvanlige.

Praksissektoren

Praksissektoren består af privat praktiserende læger

Psykiske Udviklingsforstyrrelser

For patienter med en psykisk udviklingsforstyrrelse, er der et svigt/brist i den grundlæggende, umiddelbare og gensidige forståelse af omverden og forståelsen mellem mennesker. Patienten har ikke den samme forståelse af den fælles begrebsverden, som andre mennesker deler. Dette medfører en overfølsomhed i kontakten med andre, hvilket medfører, at personer med udviklingsforstyrrelser ofte trækker sig tilbage.

Psykoedukation

Psykoedukation er undervisning af personer med sindslidelse og/eller deres pårørende. Målet er blandt andet at formidle viden om den psykiske lidelse, behandlingen og muligheden for at opnå støtte.

Psykoser

Psykoser viser sig ved, at patienten periodisk eller vedvarende er ude af stand til at skelne mellem fantasi og virkelighed, hvorved realitetsopfattelsen forsvinder. Typiske psykotiske symptomer er hallucinationer og vrangforestillinger.

Recovery

Recovery anvendes i forbindelse med at komme sig

Retspsykiatri

Retspsykiatri er et ekspertområde inden for psykiatrien, der varetager undersøgelse og behandling af psykisk syge mennesker, der er sigtet eller dømt for straffelovsovertrædelser.

Shared care

Shared care betegner et behandlingsmæssigt samarbejde mellem psykiatrien i Region Midtjylland og praktiserende læger om konkrete patienter

Skanning (CT-skanning, fMR-skanning, MR-skanning, PET-skanning, SPECT-skanning)

Der findes en række metoder til afbildning af hjernen. Valget af metode afhænger af hvilke strukturer i hjernen, der ønskes synliggjort.

Skizofreni

Skizofrene sindslidelser kendetegnes almindeligvis ved grundlæggende og karakteristiske forstyrrelser af tænkning, sansning og følelsesliv. Ofte ses desuden psykotiske symptomer eksempelvis i form af vrangforestillinger og hallucinationer. De psykotiske perioder kan variere fra dage til år. Personer med skizofreni udgør den største enkeltgruppe af patienter inden for psykiatrien.

Spiseforstyrrelse

Spiseforstyrrelse dækker over en gruppe af psykiske lidelser med afvigende spisemønstre. Mest kendt er anorexia nervosa og bulimia nervosa.

Sædelighedskriminelle

Sædelighedskriminelle har begået kriminalitet, som involverer kønslig omgang. De fleste sædelighedskriminelle er enten dårligt begavede eller psykisk afvigende med hovedvægten på personlighedsforstyrrelser og skizofreni.

Transkulturel psykiatri

Transkulturel psykiatri er et lægeligt speciale, der omhandler de kulturelle aspekters indflydelse på de psykiatriske lidelsers fremtræden, behandling og forløb.

Traumatiserede Flygtninge

Flygtninge oplever tab i form af at måtte forlade deres familie, venner, hjem og vante oplevelser. Mange har også været udsat for ekstreme og faretruende oplevelser, hvilket kan sætte dybe spor og påvirke livet i form af traumer.

Tvangstilstande/OCD

Tvangstilstande (OCD: Obsessiv-kompulsiv tilstand) betegner en psykisk lidelse med tilbagevendende tvangstanker (obsessioner) og tvangshandlinger (kompulsioner). De forekommer som handlinger og ritualer der gentages på trods af personens ønske. Handlingerne er generende og opleves som meningsløse eller ineffektive og søges modstået.

Tværkulturel

Behandling af patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Kulturelle og sociale forhold har vist sig at påvirke menneskers perception, adfærd og tænkning.

Stationær

Behandling under indlæggelse