

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

kvinder påvirkes psykisk, socialt og seksuelt af at have kondylomer. Ligesom kvinderne, er deres erfaringer relateret til kulturelle forestillinger om kønssygdomme og kønnenes respektive identitet og seksualitet. Kulturelle ideer om maskulin seksualitet – lyst og performance – og identitet harmonerer dårligt med seksuel ulyst og sårbarhed. Dertil kommer, at mændene har flere barrierer over for at opsøge information og rådgivning. Behovet for at vaccinere begge køn mod genital HPV bør vurderes i lyset af disse resultater. Udviklingen af HPV-vacciner er en milepæl i forebyggelsen af både livmoderhalskræft og kondylomer. Det er denne undersøgelses fund, at HPV-vaccination kunne spare både mænd og kvinder for en tung sygdomsbyrde.

Korrespondance: *Gitte Lee Mortensen*, AnthroConsult, Fynsgade 24, 2. th., DK-8000 Århus C. E-mail: glm@anthroconsult.dk

Antaget: 8. juni 2008

Interessekonflikter: *Gitte Lee Mortensen* har modtaget konsulenthonorar fra Sanofi Pasteur MSD. *Helle Kiellberg Larsen*: Ingen.

Taksigelser: Socialantropolog *Steen Lee Mortensen* takkes for kritisk revision af manuskriptet.

Artiklen bygger på et større antal referencer. En fuldstændig litteraturliste kan findes sammen med artiklen på www.ugeskriftet.dk

Litteratur

- Badia X, Colombo JA, Lara N et al. Combination of qualitative and quantitative methods for developing a new Health Related Quality of Life measure for patients with anogenital warts. *Health Qual Life Outcomes* 2005;3:24.
- Chandler MG. Genital warts: a study of patient anxiety and information needs. *Br J Nurs* 1996;5:174-9.
- Ireland JA, Reid M, Powell R et al. The role of illness perceptions: psychological distress and treatment-seeking delay in patients with genital warts. *Int J STD AIDS* 2005;16:667-70.
- Maw RD, Reitano M, Roy M. An international survey of patients with genital warts: perceptions regarding treatment and impact on lifestyle. *Int J STD AIDS* 1998;9:571-8.
- Reitano M. Counseling patients with genital warts. *Am J Med* 1997;102:38-43.
- Persson G, Dahlöf LG, Krantz I. Physical and psychological effects of anogenital warts on female patients. *Sex Transm Dis* 1993;20:10-13.
- Voog E, Lowhagen G. Follow-up of men with genital papilloma virus infection. Psychosexual aspects. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1992;72:185-6.
- Clarke P, Ebel C, Catotti DN et al. The psychosocial impact of human papillomavirus infection: implications for health care providers. *Int J STD AIDS* 1996;7:197-200.
- Waller J, Marlow LAV, Wardle J. The association between knowledge of HPV and feelings of stigma, shame and anxiety. *Sex Transm Infect* 2007;83:155-9.
- Syrjänen K, Syrjänen S. Epidemiology of human papilloma virus infections and genital neoplasia. *Scand J Infect Dis Suppl* 1990;69:7-17.
- Lasey CJN, Lowndes CM, Shah KV. Burden and management of non-cancerous HPV related conditions: HPV 6/11 disease. *Vaccine* 2006;24:35-41.
- Kjær SK, Tran TN, Sørensen P et al. The burden of genital warts: a study of nearly 70,000 women from the general female population in the four Nordic countries. *J Infect Dis* 2007;196:1447-54.
- Smith E, Poulsen S. Indstilling vedr. indførelse af humant papillomavirus (HPV) vaccination i Det Danske Børnevaccinationsprogram. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
- Trottier H, Franco EL. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Vaccine* 2006;24:1-15.
- CDC's Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Center for Disease Control and Prevention 2006:88-97.
- Malterud K. Kvalitative metoder i medicinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget, 2004.
- Kleinman A. The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books, 1988.
- MTV rapport: Reduktion af risikoen for livmoderhalskræft ved vaccination mod human papillomavirus. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
- Halkier B. Fokusgrupper. Frederiksberg: Samfundslitteratur og Roskilde Universitetsforlag, 2003.
- Winther Jørgensen M, Phillips L. Diskursanalyse som teori og metode. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag, 1999.

Færre genindlæggelser af patienter med skizofreni med kontakt til egen læge

Overlæge Bent Nielsen, praktiserende læge Adam Moltke, sygeplejerske Jette Kraght Larsen & praktiserende læge Per Grinsted

Odense Universitetshospital, Psykiatrisk Afdeling og Praksiskonsulentordningen

Resume

Introduktion: Der blev foretaget en prospektiv undersøgelse af egen praktiserende læges indsats i det ambulante patientforløb for patienter med skizofreni.

Materiale og metoder: Studiepopulationen omhandler 96 patienter, der opfylder *International Classification of Diseases and related Health Problems* (ICDs) kriterier for skizofreni eller skizoaftektiv sygdom. Patienterne blev interviewet ved indlæggelsen og

udskrivelsen fra Psykiatrisk Afdeling. Patienternes egen læge blev bedt om at besvare et spørgeskema seks og 12 måneder efter udskrivelsen. Skemaet, der blev besvaret af 37 praksis, indeholdt oplysninger om, hvorvidt de havde haft kontakt med den enkelte patient, og hvilke ydelser patienten havde modtaget. Herudover blev der indhentet registeroplysninger, som omhandlede indlæggelsesmønstret de første 12 måneder efter udskrivelsen.

Resultater: Flertallet (73,9%) af patienterne havde kontakt med egen læge efter udskrivelsen, og de havde samme antal konsultationer som baggrundsbefolkningen. Konsultationerne omhandlede primært somatiske problemer, men knap 25% havde psykiske problemer som væsentligste tema. Færre patienter med kontakt blev genindlagt i forhold til patienter uden kontakt (54,9% versus 84,0%, $p = 0,034$). De patienter, der havde kontakt, forbrugte gennemsnitligt 39 psykiatriske sengedage, og patienter uden kon-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

takt forbrugte 96 sengedage ($p = 0,013$). Efter justering for prognostiske faktorer var den signifikante forskel fortsat til stede.

Konklusion: Behandlingspsykiatrien i de nye regioner bør styrke samarbejdet med almen praksis ved behandling af patienter med kroniske sindslidelser. Samarbejdet kan reducere genindlæggelser og dermed behovet for psykiatriske sengepladser.

I de seneste årtier er der sket betydelige ændringer i behandlingen af patienter med skizofreni. Indførelsen af distriktspsykiatrien og en udbygning af socialpsykiatrien har medført, at flere patienter søges integreret i det almindelige samfundsliv. De fleste lever nu i egne boliger eller kommunale støttecentre. I takt med disse ændringer formodes det, at en større del af patienterne ses i almen praksis, og det vil være relevant, at den praktiserende læge inddrages som en vigtig aktør i patientforløbet. Det forventes således, at den praktiserende læge deltager i overvågningen af den medicinske behandling samt i vurderingen af patienternes somatiske tilstand og risikoen for recidiv af de psykotiske symptomer [1, 2]. Herudover har lægen en central opgave ved visitation til indlæggelse eller ambulant behandling [3].

For at belyse, i hvor stort et omfang praktiserende læger indgår i patientforløb for patienter med skizofreni, har den Psykiatriske Afdeling, Odense Universitetshospital (OUH) i samarbejde med praksiskonsulentordningen (OUH) analyseret en delmængde af de data, der indgår i programmeret tværsektoriel audit af patientforløb (PROTAP). Formålet med

PROTAP er at udvikle et elektronisk værktøj til beskrivelse af specifikke sygdomsgruppers brug af sundhedsydelser.

Materiale og metode

Undersøgelsen omhandler alle patienter over 18 år, der opfylder ICD 10-kriterierne for skizofreni eller skizoaffektiv sygdom, og som er bosiddende i Odense Kommune. Retspsykiatriske patienter indgår ikke i undersøgelsen.

Patienter, der i perioden 01.03.04-28.02.05 blev indlagt ved Skizofrenisektoren, OUH, og som opfyldte inklusionskriterierne, indgik i undersøgelsen. Ved indlæggelsen blev patienterne interviewet af en læge den førstkommande hverdag. Interviewet fandt sted i forbindelse med den kliniske vurdering af den enkelte patient. Lægen registrerede på et særligt skema de demografiske data, indlæggelsesmåden og årsagen til indlæggelsen. Patienternes psykosociale funktionsniveau det seneste år forud for indlæggelsen og ved indlæggelsen blev vurderet ved *Global Assessment of Function Scale* (GAF-skalaen) [4]. Skalaen er et standardiseret vurderingsinstrument, der enkelt og hurtigt giver klinikerne mulighed for at angive patientens funktionsniveau på en kontinuert skala fra 1 til 100. Scoren 1 repræsenterer den hypotetisk mest muligt syge person og scoren 100 den mest sunde person.

Ved udskrivelsen udfyldte lægen igen GAF-skalaen og oplysninger om antipsykotisk mediciner, komplianceproblemer, tilstedeværelsen af eventuelt misbrug samt angav hvilken efterbehandling, patienterne blev tilbudt. I herværende undersøgelse er patienternes GAF-score ved udskrivelsen ind-

Tabel 1. Udvalgte karakteristika hos patienter med skizofreni med og uden kontakt til den praktiserende læge i de første 12 måneder efter udskrivelsen fra psykiatrisk afdeling.

Karakteristika	Kontakt til praktiserende læge (n = 71)		Ingen kontakt til praktiserende læge (n = 25)		p-værdier
	n	%	n	%	
<i>Køn</i>					
Kvinder	42	59,2	9	36,0	0,046
Mænd	29	40,8	16	64,0	
<i>Alder</i>					
< 25 år	8	11,3	5	20,0	0,169
25-50 år	46	64,8	18	72,0	
> 50 år	17	23,9	2	8,0	
<i>Antipsykotika ved udskrivelsen</i>					
Ingen	5	7,0	2	8,0	0,327
Typiske antipsykotika	11	15,5	1	4,0	
Atypiske antipsykotika	55	77,5	22	88,0	
Psykosocialt funktionsniveau, GAF-score ≤ 30	17	23,9	2	9,1	0,131
Komplianceproblemer	15	21,1	7	28,0	0,287
Misbrug	20	28,2	12	48,0	0,070
<i>Psykiatrisk efterbehandling</i>					
Ingen	11	15,5	4	16,0	0,901
Speciallægekonsulent ved sociale botilbud	13	18,3	3	12,0	
Distriktspsykiatri	32	45,1	11	44,0	
Speciallægekonsulent, dobbeltdiagnoseteam	3	4,2	2	8,0	
Psykiatrisk ambulatorium	12	16,9	5	20,0	

GAF = Global Assessment of Function.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

delt i to kategorier i henhold til det nationale indikatorprojekt for skizofreni [5]. Patienter med en GAF-score ≤ 30 tilhører de dårligst fungerende patienter, hvor der anbefales støtteforanstaltninger i boligen.

Seks og 12 måneder efter udskrivelsen fremsendtes et spørgeskema til patientens egen læge, der udfyldte og returnerede skemaet til praksiskonsulentordningens sekretariat, OUH. Spørgeskemaet indeholdt oplysninger om, hvorvidt den praktiserende læge havde haft kontakt med patienten de seneste seks måneder, hvilke ydelser patienten havde modtaget samt lægens vurdering af komplianceproblemer.

Der er endvidere indhentet oplysninger om patienternes senge dagsforbrug og genindlæggelser ved Psykiatrisk Afdeling de første 12 måneder efter udskrivelsen.

Statistiske analyser

Ved sammenligning af forskellige gruppers gennemsnitsværdier er der anvendt uparret students t-test. χ^2 -test er anvendt ved bivariate analyser. Ved analyser af forskellige gruppers indlæggelsesmønstre i opfølgingsperioden er der kontrolleret for prognostiske faktorer ved logistiske regressionsanalyser, og genindlæggelser er vist i overlevelseskurver, der er konstrueret ud fra Kaplan Meyers metode. Som signifikansniveau er valgt $p < 0,05$.

Resultater

I undersøgelsesperioden blev der indlagt 118 patienter, 37 praksis returnerede seks måneders spørgeskemaer på 92 (78%) patienter og 12 måneders spørgeskemaer på 96 (81%) patienter. Nedenstående resultater omhandler de 96 patienter, hvor den praktiserende læge besvarede tolv måneders skemaet.

Undersøelsesgruppen omhandler overvejende patienter med et længerevarende sygdomsforløb. Der indgår således kun seks (6,3%) nydiagnosticerede. I **Tabel 1** ses, at 71 (73,9%) af de 96 patienter havde kontakt med den praktiserende læge de første 12 måneder efter udskrivelsen fra Psykiatriske Afdeling. Blandt de kvindelige patienter havde 42 (88,2%) haft kontakt med egen læge, mens dette var tilfældet for 29 (64,4%) mandlige patienter ($p = 0,046$).

Gennemsnitsalderen blandt de patienter, der havde kontakt, var 40,3 år, mens den blandt patienter uden kontakt var 36,9 år, hvilket ikke var nogen signifikant forskel. Ved udskrivelsen havde den samlede patientgruppen en GAF-score på 40,7 (standardafvigelse (SA): 12,6), hvilket var identisk med det psykosociale niveau det seneste år forud for indlæggelsen (GAF-score = 40,0) (SA: 12,0)). Som det fremgår af **Tabel 1** havde 19 (19,7%) af patienterne et meget dårligt psykosocialt niveau (GAF-score < 30), og langt de fleste af disse patienter (89,4%) havde kontakt med egen læge efter udskrivelsen.

Færre patienter med misbrug havde kontakt med egen læge. Blandt de misbrugende patienter var der således 12

Tabel 2. Den praktiserende læges ydelser til patienter med skizofreni i de første 12 måneder efter udskrivelsen fra psykiatrisk afdeling.

	Kontakt til praktiserende læge (n = 71)	
	n	%
<i>Sygesikringsydelser</i>		
Regelmæssig kontakt	17	23,9
1-2 konsultationer	24	33,8
3-4 konsultationer	9	12,6
≥ 5 konsultationer	28	39,4
Uoplyst antal konsultationer	10	14,2
Telefonkonsultationer	45	63,3
Hjemmebesøg	7	9,8
Receptfornyelse	36	50,7
<i>Øvrige ydelser</i>		
Depotinjektioner	4	5,6
Pårørendesamtaler	6	8,5
Kontakt til sociale myndigheder	4	5,6
Kontakt til psykiatrisk afdeling	15	21,1
Kontakt til kommunal støtteperson	12	16,9

(37,5%) patienter, der ikke havde kontakt, mens dette var tilfældet hos 13 (20,3%) patienter uden misbrug ($p = 0,007$).

Ud over kontakten til den praktiserende læge havde patienterne også kontakt til det psykiatriske behandlingssystem efter udskrivelsen (**Tabel 1**). Over halvdelen (62,5%) af patienterne havde kontakt til den psykiatriske afdelings ambulatorium eller de udgående distriktspsykiatriske teams, og 19,7% havde kontakt til speciallægekonsulenter med ansættelse i socialpsykiatrien. Patienter med og uden kontakt til den praktiserende læge blev i samme udstrækning efterbehandlet af psykiatriske speciallæger.

De 96 udskrevne patienter havde gennemsnitligt 3,0 (0-10) konsultationer hos egen læge det første år efter udskrivelsen, men det var imidlertid kun 71 patienter, der havde kontakt, og i **Tabel 2** vises, hvilke ydelser de modtog. De 71 patienter havde gennemsnitligt 4,2 (1-10) konsultationer, og knap en fjerdedel havde regelmæssig kontakt. Over halvdelen af patienterne havde herudover telefonkonsultationer og fik fornyet recepter. Det fremgår af tabellen, at den praktiserende læge specielt havde et samarbejde med den psykiatriske afdeling, herunder distriktspsykiatrien.

Den væsentligste årsag til at patienten henvendte sig hos den praktiserende læge var somatiske problemer (**Tabel 3**), og der var ingen sammenhæng mellem henvendelsesmønstret og den psykiatriske efterbehandling, som patienterne modtog. Det var der imidlertid hos patienter, der henvendte sig med psykiske problemer, idet færre af patienterne ved distriktspsykiatrien henvendtes sig end blandt de patienter, der blev behandlet hos speciallægerne i socialpsykiatrien eller ved et psykiatrisk ambulatorium (12,5% versus 30,3%, $p = 0,067$).

Den praktiserende læge vurderede, at 32 (45,1%) patienter havde complianceproblemer med den psykofarmakologiske

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 3. Den praktiserende læges angivelse af den væsentligste årsag til, at patienten henvendte sig, samt mulige kompliansproblemer.

	Kontakt til praktiserende læge (n = 71)	
	n	%
<i>Væsentligste årsag til henvendelsen</i>		
psykiske problemer	16	22,5
somatiske problemer	46	64,8
medicinadministration	4	5,6
andet	5	7,1
<i>Kompliansproblemer, psykofarmaka</i>		
ofte	6	8,5
af og til	26	36,6
aldrig	16	22,5
ved ikke	23	32,4
<i>Kompliansproblemer, somatisk medicin</i>		
ofte	1	1,4
af og til	17	23,9
aldrig	20	28,2
ved ikke	33	46,5

behandling, hvorimod den udskrivende læge jf. Tabel 1 kun vurderede, at 15 (21,1%) af patienterne ville få kompliansproblemer efter udskrivelsen ($p = 0,001$).

Blandt de patienter, som blev behandlet af speciallægekonsulenter eller læger ved psykiatrisk ambulatorium, vurderede egen læge, at 68,8% havde kompliansproblemer med den psykofarmakologiske behandling, mens dette var tilfældet hos 31,3% af patienterne, der blev behandlet af læger i distriktspsykiatrien ($p = 0,034$). Der var ingen signifikant forskel ved den somatiske behandling.

Figur 1 belyser, i hvilket omfang den praktiserende læges indsats har betydning for patienternes indlæggelsesmønster på Psykiatrisk Afdeling. Der var signifikant færre patienter med kontakt til den praktiserende læge, som blev genindlagt i forhold til patienter uden kontakt (54,9% versus 84,0%), og patienterne, der havde kontakt, forbrugte signifikant færre senge dage (gennemsnitligt 39 dage versus 96 dage, $p = 0,013$). De angivne signifikansniveauer er justeret for de væsentlige prognostiske faktorer, der er angivet under figuren.

Diskussion

Undersøgelsen omhandler en gruppe patienter med et kronisk sygdomsforløb. Patienternes habituelle psykosociale funktionsniveau målt ved GAF-skalaen viser, at de har alvorlige forstyrrelser af social, arbejdsmæssig eller uddannelsesmæssig karakter.

Undersøgelser har vist, at de praktiserende læger har mindre interesse for denne patientgruppe, der også har færre kontakter med almen praksis end normalbefolkningen [6]. I vores undersøgelse finder vi imidlertid, at langt de fleste patienter har kontakt til den praktiserende læge efter udskrivelsen fra Psykiatrisk Afdeling.

Vi havde forventet, at patienterne ville være jævnt fordelt over de praktiserende læger i Odense Kommune. Der var imid-

lertid 37 (48%) af Odense kommunes 77 praksis, der havde 96 (81,4%) af de 118 patienter i deres klinikker. Årsagen til, at knap halvdelen af alle praksis stort set modtog alle de udskrevne patienter, kan være, at patienterne foretrækker nogle praktiserende læger frem for andre. En anden årsag kan være, at nogle praksis er bedre til at håndtere patienter med skizofreni, hvorfor deres patienter ikke indlægges på Psykiatrisk Afdeling.

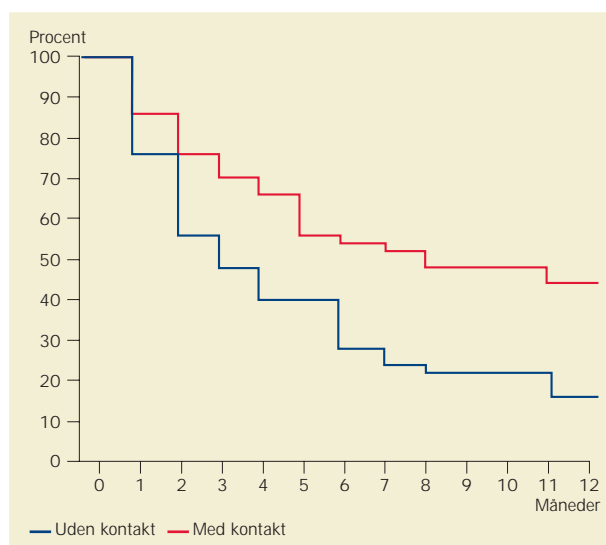
De udskrevne patienter har næsten samme antal konsultationer som baggrundsbefolkningen. En opgørelse over sygesikringsydelser viser således, at gennemsnitsborgeren i Fyns Amt har 3,5 konsultationer hos egen læge i løbet af et år.

Det var ikke overraskende, at den hyppigste årsag til kontakt var somatiske problemer, men egen læge har også stort fokus på kompliansproblemer. Undersøgelser har da også vist, at dette problemområde prioriteres højest, når egen læge har kontakt med denne patientgruppe [7].

Resultaterne af vores undersøgelse demonstrerer, at den praktiserende læge er en væsentlig aktør i efterbehandlingen af patienter med skizofreni. Patienter med kontakt til egen læge har således signifikant færre genindlæggelser på Psykiatrisk Afdeling. En genindlæggelse er sædvanligvis ensbetydende med recidiv af psykotiske symptomer [8], hvilket medfører en dårlig prognose [9].

Forskellen i genindlæggelserne kan dog skyldes, at patienter med kontakt til egen læge er bedre fungerende end patienter uden kontakt. Vi har imidlertid justeret signifikansniveauerne for fem væsentlige faktorer, der kan have betydning for genindlæggelser.

I litteraturen er det således beskrevet, at kvinder har færre genindlæggelser end mænd [10]. Det samme gælder patienter



Figur 1. Tiden til genindlæggelse af patienter med kontakt ($n = 71$) og uden kontakt ($n = 25$) til den praktiserende læge i de første 12 måneder efter udskrivelsen fra Psykiatrisk Afdeling ($p = 0,034$). Ved anvendelse af logistiske regressionsanalyser er justeret for følgende prognostiske faktorer ved udskrivelsen: kvinde, intet misbrug, atypiske antipsykotika, ingen kompliansproblemer, Global Assessment of Function-score > 30, psykiatrisk efterbehandling.

med et godt psykosocialt funktionsniveau, patienter uden misbrug og komplianceproblemer samt patienter, der er i behandling med atypiske antipsykotika [11-13]. Herudover er der justeret for patienter i psykiatrisk efterbehandling, der også må forventes at have en bedre prognose end patienter, der ikke efterbehandles i psykiatrien. På trods af disse justeringer finder vi fortsat, at patienter med kontakt til egen læge har signifikant færre genindlæggelser. Årsagen til egen læges store betydning for prognosen kan være, at patienterne oplever kontakten mindre stigmatiserende end kontakten til psykiatrien, og relationen til lægen kan opleves bedre, da man ofte har kendt personen i mange år. I en undersøgelse, hvor man bad 129 patienter med skizofreni angive, hvilke af tolv persongrupper de oplevede var mest værdifulde i deres sygdomsforløb, angav patienterne således, at de pårørende var mest værdifulde, som nummer to blev den praktiserende læge angivet, og først herefter blev psykiateren angivet [7]. I en anden undersøgelse blev det ligeledes vist, at det specielt var patienter med psykiske problemer, der oplevede det meget værdifuldt at have kontakt til egen læge [14].

En anden væsentlig årsag til de færre genindlæggelser kan være, at de praktiserende læger er mere opmærksomme på complianceproblemer end de udskrivende læger. Compliance bedres desuden, hvis patienten oplever, at de har en god relation til deres egen læge [14].

Undersøgelsen er behæftet med en række metodiske problemer. Hvorvidt forskellen i genindlæggelsesmønstret alene skyldes patienternes kontakt til egen læge, kan kun belyses ved en randomiseret kontrolleret undersøgelse, der sikrer en optimal kontrol for prognostiske faktorer eller konfoundere [15]. Det har ikke været muligt at gennemføre en sådan undersøgelse af daglig klinisk praksis. Vi har i stedet kontrolleret for væsentlige prognostiske faktorer ved statistiske analyser. Det er imidlertid kendt, at læger ofte underrapporterer misbrug og complianceproblemer [16, 17]. Endvidere er reliabiliteten af GAF-scoren i daglig praksis ikke særlig god [18]. Man må dog formode, at de nævnte bias vil være tilfældigt fordelt blandt patienter med og uden kontakt til den praktiserende læge. Vi har ikke specifikke oplysninger om patienternes psykopatologi, der naturligvis kan have stor betydning for såvel genindlæggelser som for kontakten til egen læge. De prognostiske faktorer afspejler dog indirekte væsentlige elementer af psykopatologien.

Det er undersøgelsens styrke, at den afspejler daglig praksis. Den omhandler en konsekutiv gruppe af patienter, der følges prospektivt, og data fra de praktiserende læger omhandler over 80% af patienterne. Vi mener derfor, at resultaterne kan generaliseres til andre lokalområder i Danmark.

Psykiatrien i de nye danske regioner anbefaler i stor udstrækning en opprioritering af det ambulante område ved behandling af patienter med svære sindslidelser. Vores resultater viser, at den praktiserende læge har en vigtig rolle i at gøre ambulansstrategien til en succes. Man bør derfor etablere

shared care-ordninger [19, 20], hvor almen praksis inddrages i patientforløbet for denne gruppe patienter.

Korrespondance: Bent Nielsen, Psykiatrisk Afdeling, Odense Universitetshospital, Odense, DK-5000 C. E-mail: bent.nielsen@ouh.regionsyddanmark.dk

Antaget: 11. juni 2008
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Verdoux H, Coughard A, Grolleau S et al. A survey of general practitioners' knowledge of symptoms and epidemiology of schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2004;21:238-44.
- Leucht S, Burkard T, Henderson J et al. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:317-33.
- Boerma WG, Verhak PF. The general practitioner as the first contacted health professional by patients with psychosocial problems: a European study. *Psychol Med* 1999;29:689-96.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder, DSM-IV. 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1999.
- www.nip.dk (1. juli 2005).
- Roberts L, Roalfe A, Wilson S et al. Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Fam Pract* 2007;24:34-40.
- Carr VJ, Lewin TJ, Barnard RE et al. Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:78-84.
- Nielsen B, Bloch-Sørensen P, Balsløv KD et al. Kvalitetsudvikling af skizofrene patienters pleje og behandling. *Ugeskr Læger* 2000;162:1223-6.
- Liebermann AJ. Atypical antipsychotic drug as a first-line treatment of schizophrenia: a rationale and hypothesis. *J Clin Psychiatry* 1996;57:68-71.
- Leung A, Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2000;401:3-38.
- Muser KT, McGurk S. Schizophrenia. *Lancet* 2004;363:2063-72.
- Sun SX, Liu GG, Christensen DB et al. Review and analysis of hospitalization costs associated with antipsychotic nonadherence in the treatment of schizophrenia in the United States. *Curr Med Res Opin* 2007;23:2305-12.
- Tiihonen J, Wahlbeck K, Lonnqvist J et al. Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder. *BMJ* 2006;333:224-9.
- Kearkey KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract* 2001;52:712-8.
- Olsen J, Olsen C. Randomisering og alternativer. *Ugeskr Læger* 1999;161:2657-60.
- Hansen SS, Munk-Jørgensen P, Guldbæk B et al. Psychoactive substance use among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:432-8.
- Velligan DI, Wang M, Diamons P et al. Relationships among subjective and objective measures of adherence to oral antipsychotic medications. *Psychiatr Serv* 2007;58:1187-92.
- Vatnaland T, Vatnaland J, Friis S et al. Are GAF scores reliable in routine clinical use? *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:326-30.
- Christensen ABF, Vårdal KM. Samarbejdet mellem den praktiserende læge og psykiatrien. *Månedskr Prakt Lægegern* 2007;6:655-65.
- Horner D, Asher K. General practitioners and mental health staff sharing patient care: working model. *Australasian Psychiatry* 2005;13:176-80.