

Liaisonpsykiatri og dens rolle i fremtidens psykiatri

Afdelingslæge Kristin Jacoby Buhl &
overlæge Morten Birket-Smith

Bispebjerg Hospital, Psykiatrisk Center Bispebjerg,
Liaisonpsykiatrisk Forskningsenhed

Den 1. januar 2007 blev strukturreformen udmøntet i dannelsen af fem regioner, og samtidig blev de hidtidige amter nedlagt. I alle regioner har arbejdsgrupper udarbejdet psykiatriplaner til vedtagelse i løbet af 2007. Vedtagelsen af psykiatriplanen for Region Hovedstaden har betydet, at psykiatrien nu på landsplan er udskilt fra somatikken – økonomisk og administrativt. Dog er der intention om fortsat at sikre samarbejdet mellem psykiatri og somatik, idet der skrives: »Generelt eksisterer der mellem de psykiatriske specialer og de øvrige lægelige specialer en tæt metodisk, teoretisk og faglig sammenhæng ... Der er derfor behov for samarbejde med det somatiske sygehusvæsen ... for at sikre den enkelte psykiatriske patient sammenhængende forløb og kontinuitet i indsatsen« [1].

I afsnittet om liaison og tilsyn i planen for Region Hovedstaden beskrives, at man i liaisonpsykiatri beskæftiger sig med tilsynsvirksomhed, herunder sammenhængen mellem psykisk og legemlig sygdom, og endelig står der: »Mulighederne undersøges for at etablere en regionsfunktion, der understøtter alle de psykiatriske afdelinger/centre i forbindelse med tilsynsfunktion ... Det forventes, at yderligere forskning på området kan få stor indflydelse på fremtidens patientbehandling«. Også i andre regioners planer udtrykkes, at den nye organisering af sygehusvæsenet accentuerer behovet for at sikre sammenhængen mellem det somatiske og det psykiatriske system af hensyn til patientbehandlingen, og udbygning af liaisonpsykiatrien nævnes [2, 3].

Formål

Liaisonpsykiatri blev præsenteret første gang i Danmark i 1994 [4], men er fortsat et relativt ukendt område. I denne artikel fokuseres der på udviklingen i området og på væsentlige, nyere forskningsresultater. Liaisonpsykiatri har udviklet sig i grænsefeltet mellem psykisk og somatisk lidelse, og håbet er at formidle, at området rummer mange potentialer til bedring af fremtidens patientbehandling. Desuden udgør liaisonpsykiatri en væsentlig facet af det psykiatriske speciale.

Liaisonpsykiatri

I liaisonpsykiatri beskæftiger man sig med forebyggelse, diagnosticering og behandling af psykiske sygdomme hos patienter, der har somatiske sygdomme og tilstande med somatiske symptomer uden relevant eller påviselig somatisk forandring.

Man begyndte med liaisonpsykiatri i USA omkring 1920, hvor psykiatere begyndte at interessere sig for psykisk lidelse hos indlagte, specielt medicinske patienter. Den teoretiske inspiration til at forstå og beskrive patienterne blev hentet både fra psykoanalysen og fra psykofysiologisk forskning [5]. I 1930'erne blev der oprettet særlige medicinske afdelinger, hvor psykiatere blev ansat for nærmere at undersøge sammenhænge mellem fysisk og psykisk lidelse. Området udviklede sig, og dannelsen af Academy of Psychosomatic Medicine (APM) i 1954 har betydet, at området er blevet konsolideret med et solidt fundament af forskningsresultater publiceret i flere nu højt anerkendte videnskabelige tidsskrifter.

Den »bio-psyko-sociale model«, der kom til at betyde et paradigmeskift i psykiatrien, blev formuleret og publiceret i 1977 af en af områdets amerikanske pionerer [6]. Psykiatere fra Europa tog til USA for i det gunstige uddannelsesmiljø at uddanne sig på området og bragte med sig hjem holdninger, færdigheder og viden, der har haft stor indflydelse på områdets udvikling i Europa.

Aktuel status internationalt og i Danmark

Liaisonpsykiatri blev anerkendt som psykiatrisk subspecialt i 2003 i USA under navnet Psychosomatic Medicine. APM har haft stor indflydelse på denne udvikling og oprettelsen af subspecialt ses som en vigtig milepæl, idet det opfattes som udtryk for anerkendelse af området af både somatiske og psykiatriske læger. Tilsvarende er området et psykiatrisk subspecialt i England og Finland, og i flere europæiske lande anser man om lignende status.

I USA udkom der i 2003 retningslinjer for liaisonpsykiatrisk uddannelse [7], hvor både uddannelseskraft til kommende psykiatere og uddannelseskraft til efterfølgende subspecialisering nøje blev beskrevet. I USA er det nu obligatorisk for kommende psykiatere at have mindst seks måneders ophold på en liaisonpsykiatrisk afdeling, ligesom dette også er

Faktaboks

Liaisonpsykiatri er et subspecialt i USA, England og Finland.

Liaisonpsykiatrisk forskning i krydsfeltet mellem somatisk og psykisk sygdom har frembragt klinisk betydningsfulde resultater.

Tæt samarbejde mellem psykiatrien og de somatiske specialer er afgørende for kontinuiteten og den fortsatte udvikling i patientbehandlingen.

formuleret som krav i psykiateruddannelsen i flere europæiske lande. I 2004 bestod 500 psykiatere i USA den nye eksamen til anerkendelse af subspecialisering.

I Europa blev der i 1998 stiftet en pendant til APM, European Association of Consultation – Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP) [8] med deltagelse af lande fra det daværende EU. Organisationen, der har haft betydende dansk deltagelse, er særdeles aktiv med afholdelse af en international konference med højt fagligt niveau hvert år. En arbejdsgruppe nedsat af EACLPP ligeledes med dansk deltagelse har i 2006 udgivet European guidelines for training in consultation-liaison psychiatry and psychosomatics [9]. Ansporende for dette arbejde var erkendelsen af, at den formelle uddannelse inden for feltet var uacceptabelt varierende i de europæiske lande og i nogle lande – blandt andre Danmark – var stort set ikkeeksisterende.

Et samarbejde mellem de faglige selskaber for psykiatri og medicin i England resulterede i 2003 i udgivelsen af det omfattende dokument Psychological care of the medical patient [10]. I rapporten beskrives detaljeret, hvorledes den psykiske omsorg og behandling bør organiseres og udføres både for somatisk svært syge patienter og for patienter med komplekse lidelser. I en af konklusionerne peges der klart og entydigt på, at liaisonpsykiateren er den, der bedst kan udfylde rollen som leder og koordinator af dette arbejde. Et udsagn, der underbygger forventningen i psykiatriplanen om, at liaisonpsykiatri kan bidrage til forbedring af den fremtidige patientbehandling.

I Danmark er der siden 1990'erne foregået en del forskning på området, og i 1999 blev der givet økonomisk støtte til oprettelse af Forskningsenhed for Funktionelle lidelser og Psykosomatik i samarbejde med Aarhus Universitet [11]. Enheden er nu gjort permanent og har siden 2005 tillige haft klinisk virksomhed. I 2001 blev Liaisonpsykiatrisk enhed oprettet som et treårigt projekt, der senere blev forlænget i yderlige tre år og nu er permanent under Psykiatrisk Center, Bispebjerg Hospital. Enheden havde som projekt liaisonpsykiatriske tilsyn på tre udvalgte somatiske afdelinger, ambulatorium for somatoforme og funktionelle lidelser samt forskningsaktivitet [12]. I Psykiatrien i Vordingborg er der i 2006 oprettet en liaisonpsykiatrisk klinik uden tilknyttet tilsynsfunktion.

Klinisk liaisonpsykiatri

De patienter, der behandles af en liaisonpsykiater, falder i fire grupper: 1) patienter med samtidige medicinske og psykiske lidelser, der komplicerer behandlingen af begge tilstande – f.eks. Parkinsons sygdom og depression, 2) patienter med psykiske symptomer, der er en følge af en primær medicinsk lidelse eller dens behandling – f.eks. delirium, 3) patienter med en kompleks sygdomsadfærd som ved somatoforme og funktionelle lidelser og 4) patienter med akut psykopatologi eller eksacerbation af kronisk psykopatologi, der kræver indlæggelse på en somatisk afdeling efter f.eks. selvmordsforsøg

Mange af disse patienter har multiple medicinske, psyki-

ske, funktionelle og/eller misbrugsrelaterede lidelser. Specielt i udlandet har liaisonpsykiatere som følge af den teknologiske udvikling i patientbehandlingen udviklet specielle kompetencer inden for f.eks. transplantationsprogrammer, dialyse og cancerlidelser

Klinisk betydningsfulde forskningsresultater

Det er påvist, at der til trods for intensiveret fokus på økonomiske resurser og accelererede patientforløb fortsat er øget sengedagsforbrug hos 33-35% af indlagte, medicinske patienter, der har samtidig psykisk lidelse [13]. I mange undersøgelser – heriblandt danske [14] har man dokumenteret, at psykisk lidelse hos indlagte, somatisk syge patienter kun i ringe grad erkendes, og at kun en lille del af disse patienter henvises til psykiatrisk tilsyn og får relevant behandling.

Et *review* med fokus på den gensidige påvirkning af depression og specifikke somatiske lidelser blev udarbejdet i 2002. Konklusionen var, at depression er hyppig hos patienter med somatisk lidelse (Parkinsons sygdom, type 2-diabetes, cancerlidelser og kardiovaskulære lidelser), samt at depression forværrer den medicinske prognose og medfører øget morbiditet og ved nogle lidelser også en øget mortalitet [15].

I intensiv forskning har man nu påvist, at der er en association mellem depression og iskæmisk hjertelidelse, og at de to lidelser synes at være risikofaktorer for hinanden [16]. Medicinsk behandling med selektive serotoninoptagelseshæmmere (SSRI)-præparater tåles godt af patienter, der har samtidig depression og hjertelidelse, og der er undersøgelser i gang til afklaring af, om behandling med SSRI-præparater har en selvstændig kardioprotektiv effekt. I et *Cochrane-review* har man fundet beskedent effekt af stresshåndtering og anden form for psykologisk intervention på angst og depression hos disse patienter, mens det er uklart, om behandlingen reducerer antal efterfølgende hjertetilfælde [17]. Andre peger på, at den forbedrede behandling af og prognose for patienter med iskæmisk hjertesygdom gør udvikling af specifik, målrettet psykologisk intervention mere relevant end undersøgelse af morbiditet og mortalitet efter akut koronarsyndrom [18].

Patienter med somatoforme tilstande og tilstande med uforklarede medicinske symptomer ses hyppigt i alle sektorer af sundhedsvæsenet, men behandles kun sjældent i psykiatrisk regi. I nyere forskning peges der på, at mange forskellige

Tabel 1. Mulige fokusområder for udvikling af danske kliniske retningslinjer til brug for psykiatrisk tilsyn til indlagte patienter på somatiske afdelinger.

Mulige fokusområder:

Delirium
Demens
Depression og angst
Somatoforme tilstande/uforklarede medicinske symptomer
Misbrug
Psykofarmakologisk behandling af patienter med somatisk og psykiatrisk komorbiditet

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

faktorer medvirker til fremkomsten af disse tilstande, for eksempel udviklingsmæssige faktorer (sygdom hos forældre, sygdom som barn, omsorgssvigt og tidligt tab) patofysiologiske processer (f.eks. ændringer i det serotonerge system) og abnorme sygdomsantagelser [19]. Denne forståelse har behandlingsmæssigt medført, at der ud over medikamentel behandling (typisk med antidepressiv medicin), fysisk aktivering og specifik psykoterapi [20] også er mere fokus på selve lægepatient-forholdet [21].

Konklusion

Forskningen inden for liaisonpsykiatrien med fokusering på grænsefeltet mellem somatisk og psykisk sygdom har bidraget med resultater, der har stor klinisk betydning for patientbehandlingen. Sikring af et fortsat tæt samarbejde mellem somatikken og psykiatrien er afgørende – også i vores nuværende neurobiologiske æra – for den fortsatte vækst på dette felt, som har bidraget væsentligt til udviklingen både i psykiatrien og i de somatiske specialer.

En model for fremtidigt samarbejde kunne være, at (liaison)psykiateren får en rolle som rådgiver for de behandlende somatiske læger og praktiserende læger og en uddannelsesfunktion for yngre læger og andet sundhedspersonale. Liaisonpsykiateren kunne desuden have en rolle som koordinator i et klinisk arbejdende team, der i hver region kunne danne et kompetencecenter. Medvirken til udvikling af nationale, kliniske retningslinjer ses som en væsentlig funktion med hen-

blik på at udpege fokusområder for diagnostik, behandling og forskning inden for det liaisonpsykiatriske felt (**Table 1**).

Korrespondance: *Kristin Jacoby Buhl*, Ulrik Birchs alle 29, DK-2300 København S. E-mail: kribuh@dadlnet.dk

Antaget: 11. marts 2008

Interessekonflikter: *Kristin Jacoby Buhl* er i øjeblikket forskningsassistent og aflønnes delvist af fondsmidler fra H. Lundbeck A/S.

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

Litteratur

1. Psykiatriplan for Region Hovedstaden. 2007. Hillerød: Psykiatrien Region Hovedstaden, 2007.
2. Fink P. Konsultations-liaison psykiatri – psykosomatikens kliniske pendant. *Ugeskr Læger* 1994;156:6006-10.
3. Gitlin DF, Levenson JL, Lyketsos CG. Psychosomatic Medicine: A new psychiatric subspeciality. *Academic Psychiatry* 2004;28:4-11.
4. www.eaclpp.org.
5. Sollner W, Creed F. Guidelines for training in consultation-liaison psychiatry and psychosomatics. *J Psychosom Res* 2007;62:501-9.
6. Royal College of Physicians, London & Royal College of Psychiatrists. Psychological care of the medically ill. Report of a joint working party of the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists 2003. London: Royal College of Psychiatrists Council Report No CR108, 2003.
7. Bourgeois JA, Kremen WS, Servis M et al. The impact of psychiatric diagnosis on length of stay in a university medical center in the managed care era. *Psychosomatics* 2005;46:431-9.
8. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M et al. Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection and treatment status *J Psychosom Res* 2001;50:199-204.
9. Evans DL, Charney DS, Lewis L et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry* 2005;58:175-89.
10. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007;369:946-55.

Postoperative peritoneale adhærencer

Overlæge Marianne Bille Jendresen & professor Niels Qvist

Rigshospitalet, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling C, og Odense Universitetshospital, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling

Intraperitoneale adhærencer udvikles hos op til 95% af patienter, som har fået foretaget laparotomi og er årsagen til 65-75% af alle tilfælde med akut mekanisk tyndtarmsileus [1]. Ud over ileus kan adhærencedannelsen medføre nedsat fertilitet, men hvorvidt den kan være årsagen til recidiverende abdominale smerter er mere kontroversielt. Laparotomi på patienter med mange adhærencer medfører oftest forlænget operationstid og øget risiko for tarmlæsion med deraf følgende alvorlige komplikationer. Behandling af adhærencerelaterede tilstande udgør således en ikke ringe udgift for sundhedsvæsenet.

Der har været megen forskning omkring de patofysiologiske forhold ved adhærencedannelse og forebyggelsen heraf. Formålet med dette arbejde er at give en kort oversigt over

eksisterende viden om patofysiologi og terapeutiske muligheder for at mindske risikoen for adhærencedannelse efter abdominal operation.

Patofysiologi

Peritoneum er dækket af mesotelceller, der beklæder det submesoteliale lag af det ekstracellulære matrix (ECM). ECM består af kollagener og glykoproteiner. Mesotelcellerne secernerer interleukiner, *tumor necrosis factor alpha* (TNF- α) og *tumor growth factor beta* (TGF- β), vævsplasminogen aktivator (tPA) og plasminogenaktivator inhibitor (PAI), der alle spiller en rolle i patogenesen ved adhærencedannelse.

Umiddelbart efter en læsion af peritoneum ses en reaktion med øget vaskulær permeabilitet med trombocytaktivering og cytokinfrigørelse fulgt af et inflammatorisk respons, hvor først polymorfkernede neutrofile leukocytter aktiveres, og senere kommer makrofager og fibroblaster til. Dette er starten på helingsprocessen, hvor man på tredjedagen ser mesotelceller vokse ind over det ladede område, som efter yderligere 5-8