

# Men nogle er mere lige end andre

## LEDER

Ida Hageman &  
Jeanett Bauer

Ugeskr Læger  
2015;177:V66508

Det er en gammel nyhed, at lighed er et relativt begreb. Sygdomme og sundhedsrisici er skævt fordelt i befolkningen. Jo dårligere socialt stillet man som borger er, jo højere sygelighed og dødelighed. En særlig risiko har mennesker med psykisk lidelse. I et nyligt publiceret dansk registerstudium har man fundet, at ca. en tredjedel af den danske befolkning (38% af de danske kvinder og 32% af de danske mænd) på et eller andet tidspunkt i deres liv får behandling i hospitalssektoren for en psykisk lidelse [1]. Om end der naturligvis er tale om psykiske lidelser af forskellig sværhedsgrad, har adressering af denne ulighed overordentlig stor betydning for folkesundheden.

I dette nummer af Ugeskrift for Læger, s. 638, beskriver *Andersen et al* i en kasuistik, hvordan sufficient behandling af en somatisk tilstand hindres eller i hvert tilfælde vanskeliggøres af patientens psykiske tilstand: Patienten fravælger relevant somatisk behandling på psykotisk baggrund.

Mange læger, både somatikere og psykiatere, har oplevet tilsvarende situationer. Beslutning om eventuel somatisk tvangsbehandling foregår i et samarbejde. Psykiateren vurderer, om patienten opfylder § 5 i psykiatriloven [2] dvs. er psykotisk eller i en tilstand, der kan sidestilles hermed. Somatikeren tager stilling til, om tilstanden udgør en væsentlig fare for patientens liv eller helbred. Begge kriterier skal være opfyldt, for at den somatiske tvangsbehandling kan finde sted. Som det beskrives i kasuistikken, er der andre hensyn at tage, end hvad der fagligt vil være det bedste behandlingsmæssige valg, f.eks. patientens autonomi, princippet om mindst mulig tvang samt balancen mellem overdreven paternalisme og omsorgssvigt. Patienten med psykisk sygdom får derfor ikke altid samme niveau af somatisk behandling som en patient uden psykisk sygdom.

Der er andre mindre dramatiske eksempler på, at mennesker med psykisk lidelse ikke får det samme niveau af somatisk behandling som andre. Psykiske lidelser kan medføre mindre grad af egenomsorg, således at sundhedsvæsenet slet ikke opsøges trods den fysiske sygdom. Nogle mennesker med psykiske lidelser vil endvidere i højere grad udeblive fra undersøgelse, behandling og kontrol af somatisk sygdom. Travle og effektive somatiske ambulatorier er ikke gearet til patienter, der ikke nødvendigvis følger reglerne 100%. I et stort dansk studium har man bl.a. fundet øget dødelighed af hjertesygdom for mennesker med svære psykiske lidelser: Således var dødeligheden af hjertesygdom fem år efter den første kon-

takt med somatikken 2,9% hos den ikkepsykiatriske population mod 8,3% hos den psykiatriske. Den øgede dødelighed relateres til færre invasive procedurer og færre kontrolbesøg [3].

Vi ved, at psykisk sygdom er en risikofaktor for kortere levetid. Mennesker med alvorligere psykisk lidelse lever 15-20 år kortere end den gennemsnitlige befolkning, og overdødeligheden er højere i Danmark end i flere af de andre nordiske lande [4]. Vi ved også, at den øgede dødelighed har flere årsager: utilstrækkelig psykiatrisk behandling med bl.a. højere forekomst af selvmord og ulykker, livsstilsfaktorer, der kan forværres af den medicinske behandling, og højere forekomst af nogle kroniske sygdomme og visse former for kræft end i baggrundsbefolkningen.

Der er i de senere år kommet mere fokus på overdødeligheden hos mennesker med psykisk sygdom. Eftersom overdødelighedens årsager er mange, skal indsatsen for at nedbringe den være bredspektret: bedret diagnostik og behandling af de psykiske lidelser, forebyggelse af selvmord, behandling af misbrug, fokus på livsstilsændringer og omhyggelig kontrol med bivirkninger af den medicinske behandling. Den paradoksale stigmatisering, som stadig foregår af mennesker med psykisk sygdom, er med til at hindre, at behandling overhovedet opsøges. Det somatiske sundhedsvæsen er også en væsentlig aktør: Ikke kun som psykiatriens samarbejdspartnere i de mere akutte situationer, hvor en eventuel somatisk tvangsbehandling kan blive nødvendig, men i høj grad også ved opmærksomhed på en patientgruppe, hvor symptompræsentationen undertiden kan være anderledes, og hvor individualisering og lidt større rummelighed kan være nødvendig for at sikre god behandling. At give mennesker samme vilkår for at opnå et sundt liv kræver mod til at behandle forskelligt.

## LITTERATUR

1. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorder. *JAMA Psychiatry* 2014;71:573-81.
2. Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. [www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134497](http://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134497) (19. aug 2014).
3. Laursen TM, Munk-Olesen T, Agerbo E et al. Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:713-20.
4. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M et al. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 2011; 199:453-8.

## KORRESPONDANCE:

Ida Hageman,  
Psykiatrisk Center  
København, Afdeling O,  
Edel Saantes Allé 10,  
2100 København Ø.

E-mail:  
ida.hageman@regionh.dk

**INTERESSEKONFLIKT:** ingen.  
Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskriftet.dk