

Konsultationspsykiatri i Sverige – dags att utbilda psykiaterkåren?

Konsultationspsykiatri är den psykiatriska subspecialitet som sysslar med diagnostik, behandling, forskning och förebyggande behandling:

- av psykisk sjuklighet bland somatiskt sjuka,
- av somatoforma tillstånd (medicinskt oförklarade symptom) och patomimier (självförvållad sjukdom), samt
- av psykologiska faktorer som påverkar somatisk ohälsa [1].

En vanligare och mer träffande etikett är »consultation-liaison psychiatry» eller »CL-psychiatry», varför uttrycket CL-psykiatri kommer att användas i fortsättningen.

När psykiatri under första halvan av 1900-talet började lokaliseras till de allmänna sjukhusen i stället för till de stora avskilda mentalsjukhusen, skapades förutsättningarna för »liaison psychiatry», som innebar att psykiatrisk kompetens kunde knytas till kroppssjukvården och integreras i ordinarie verksamhet. Begreppet lever kvar i uttrycket consultation-liaison psychiatry.

Precisering av begreppen

Consultation brukar beteckna de insatser som görs sporadiskt vid mer eller mindre akuta psykiatriska problem inom den somatiska vården. Konsulten gör en bedömning, ger råd om handläggning, informerar remittenten och berörd personal och avslutar därefter i regel sitt uppdrag, någon gång med övertagande av patienten till psykiatrisk vårdavdelning.

Vanliga problemställningar är patienter som vårdas efter suicidförsök och

patienter med akuta förvirringstillstånd. Denna typ av konsultationer utgör det vanligaste arbetssättet i Sverige idag.

Liaison å andra sidan betecknar ett långsiktigt och kontinuerligt arbetssätt, där psykiatern utgör en integrerad del av ett flerdisciplinärt team och där insatserna, utöver bedömning av patienter, innefattar utbildning av kolleger och vårdpersonal, förebyggande insatser och tidig identifiering av psykiska problem.

Liaison-modellen har haft ett visst genomslag inom t ex smärtehabilitering, men finns i Sverige också sporadiskt representerad inom neurokirurgi/neurologi, kirurgi, infektionsmedicin, rehabilitering, gynekologi/sexologi, m m. Här finns dock ett stort, men eftersatt behov.

Det råder ingen motsättning mellan dessa två beskrivna arbetssätt, men det är uppenbart att *liaison*-modellen ställer helt andra krav på engagemang och kontinuitet och därmed också på ekonomiska resurser, vilket delvis torde förklara att det arbetssättet idag är eftersatt.

Behovet av CL-psykiatri

Grunden för behovet av CL-psykiatri är den stora psykiska ohälsa som finns i primärvård och på kroppssjukhus. En tredjedel av patienterna i primärvård [2, 3], och två tredjedelar av »högutnyttjare» av inläggande medicinsk vård [4], har en samtidig psykiatrisk diagnos.

De psykiatriska diagnoserna fördelar sig i stort sett lika mellan depressioner, ångestsyndrom och somatoforma tillstånd. Den psykiatriska komorbiditeten inverkar på de totala vårdkostnaderna [5] liksom på vårdtiden [6].

Idag identifieras fortfarande bara en mindre del av denna riskpopulation, trots att interventionsstudier visar att närvaron av en CL-enhet minskar såväl vårdtid, rehabiliteringsbehov som antal remitteringar till psykiatrisk klinik [7, 8].

Identifiering och behandling av psykiskt sjuka inom somatisk vård är således den ena av CL-psykiatrins huvuduppgifter. Den andra är de somatiseran-

»En sjukvårdspolitisk utveckling som tydliggör beställar- och utförarfunktioner samt stimulerar till en ökad uppmärksamhet på kostnadseffektivitet i kombination med förbättrad vårdkvalitet har goda förutsättningar att gynna utvecklingen av konsultpsykiatriska team.»

de patienterna [9], de som lider av och söker hjälp för kroppsliga symptom utan påvisbar medicinsk orsak. Dessa patienter faller fortfarande alltför ofta mellan de två stolarna invärtesmedicin och psykiatri. Somatiska doktorer hittar inget fel på patienten – och det gör påfallande ofta inte allmänpsykiatern heller!

En ny diagnostik har etablerats i och med DSM-IV, där tillstånd som somatiseringssyndrom (Briquets syndrom), konversionssyndrom och hypokondri har lyfts fram och grupperats under den gemensamma rubriken Somatoforma syndrom. I ICD-10 har somatiseringstillstånd också fått en mer framträdande plats jämfört med tidigare versioner, och de rubriceras där som Somatoforma syndrom, Dissociativa störningar eller Andra neurotiska syndrom.

Kunskap om diagnostik och behandling av dessa tillstånd finns, men är ännu dåligt utbredd, tyvärr även inom psykiaterkåren. Trots att problemet är omfattande [10] saknas i regel genomtänkta strategier för handläggningen av denna patientgrupp.

Dagens CL-psykiatri har framför allt utvecklats på amerikansk botten, och i

Författare

ANDERS LUNDIN

överläkare, neuropsykiatrisk konsult, neurologkliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm
anders.lundin@reh.ds.sll.se

ANNONS

ANNONS

Identifiering och behandling av psykiskt sjuka inom somatisk vård är den ena av CL-psykiatriens uppgifter. Den andra är de somatiserande patienterna.

USA har CL-psykiatri en stark position, mycket tack vare att man övertygande visat hur stora besparingar som kan göras genom att knyta en CL-service till somatisk verksamhet [11]. CL-psykiatrer i USA utgör nu en gruppering med en kraftfull egen organisation, årliga vetenskapliga kongresser av hög standard samt ett ambitiöst utbildningsprogram för blivande CL-psykiatrer.

Ett växande antal tidskrifter speglar den snabba vetenskapliga utvecklingen på området. Förra året publicerade den amerikanska CL-organisationen, The Academy of Psychosomatic Medicine, riktlinjer för nyckelfrågor såsom CL-psykiatriens kompetensområde, kårens utbildning och hur behovet av CL-insatser skall identifieras, men även för frågor som kvalitetskontroll, läkarhandledning, etiska och juridiska spörsmål m m [12].

Svag utveckling i Sverige

CL-psykiatri i Sverige har under det senaste årtiondet haft en svag utveckling. I de skandinaviska grannländerna finns verksamheter av hög kvalitet inom den offentligt finansierade sjukvården: vid Rikshospitalet i Oslo finns en psykosomatisk CL-enhet med egen professur, och vid universitetssjukhuset i Aarhus en Forskningsenhet for Funktionelle Lidelser, Psykosomatik og Liaison psykiatri med kliniskt inriktad forskning.

Ett skäl till den svaga utvecklingen i Sverige är sannolikt att utvecklingen mot sektoriserad psykiatri och den starka betoningen på en decentraliserad öppenvård i motsvarande grad har försvagat den sjukhusbundna psykiatri och medfört nedprioritering av CL-verksamheter.

Ett snabbt växande intresse från somatikernas sida för psykiatriska insatser finns dock numera; ett skäl är den växande belastning som patienter med dåligt definierade medicinska tillstånd utgör inom den somatiska vården. Ett annat skäl är tillkomsten av nya psykofarmaka under det senaste årtiondet, som gjort potentialen i psykofarmakologisk behandling uppenbar för en större krets av läkare utanför psykiatri. Detta har i sin tur medfört ett ökat behov av hjälp med kvalificerad diagnostik och behandlingsmonitorering vid framför allt depressioner och ångestsyndrom.

CL-psykiatri i primärvården

När psykiatri sektoriserades fanns ambitionen att föra psykiatri närmare vårdgrannarna primärvård och socialtjänst. Denna samverkan har dock i flertalet regioner inte kommit till stånd. Undantag finns dock. På Gotland genomfördes 1983–1984 i psykiatriens regi ett utbildningsprogram i diagnostik och behandling av depression för primärvårdsläkare. Effekterna studerades noggrant ett år efter utbildningsprogrammets genomförande. Projektet resulterade i minskat antal sjukskrivning-

ar och vård dagar för depression, ökad användning av antidepressiva läkemedel samt minskad förskrivning av sederande och lugnande medel. Suicidfrequensen sjönk signifikant, framför allt hos kvinnor [13]. Ytterligare tre år senare ökade åter antalet vård dagar för deprimerade patienter och antalet suicid återgick till samma omfattning som före studien. Slutsatsen är att riktade utbildningsinsatser från psykiatriens sida har god effekt på viktiga morbiditets- och mortalitetsmått, men att de måste upprepas alternativt pågå fortlöpande för att ha bestående effekt [14].

Nyligen har från Umeå presenterats en modell för psykiatriskt konsultationsarbete i primärvården, som givit mycket goda resultat. Bristande tid i kombination med patienternas benägenhet att i primärvården söka för kroppsliga symtom även vid psykisk sjukdom medförde att endast ett av fyra fall av ångest- och depressionstillstånd identifierades korrekt. Av de korrekt diagnostiserade fick färre än hälften adekvat behandling [15].

Efter ett års psykiatrisk konsultverksamhet i form av en kortare utbildningsinsats samt varannan vecka återkommande handledning av konsultpsykiater ökade andelen korrekt diagnostiserade fall för ångest- och depressionssjukdomar från 8 till 13 procent respektive från 4 till 7,9 procent. För sjuksdomsgrupperna gemensamt ökade andelen adekvat behandlade personer från 4 till 11,4 procent av hela den studerade populationen.

Slutsatsen är även av denna studie att man med förhållandevis små men strategiskt välplacerade psykiatriska konsultinsatser kan uppnå väsentliga och kostnadseffektiva förbättringar i diagnostik och behandling av psykisk sjukdom inom primärvården.

Svensk forskning på området

Även om CL-psykiatri inte märkbart flyttat fram sina kliniska positioner i Sverige under det senaste årtiondet, har en del vetenskapliga arbeten publicerats med stor relevans för det psykosomatiska området. Bela Almay har beskrivit den starka associationen mellan långvarig smärta och depressionssjukdom [16]; Sari Ponzer har analyserat de psykosociala riskfaktorerna vid upprepade kroppsliga trauman samt betydelsen av personlighet och psykisk hälsa för rehabiliteringsförloppet efter ortopedisk skada [17]; Michael Binzer har studerat psykisk störning hos patienter med medicinskt oförklarade motoriska

bortfall (konversionssyndrom) samt gjort en prospektiv uppföljning av dessa patienter [18]; Ullamaria Anderberg har studerat stressparametrar hos kvinnor med diagnosen fibromyalgi [19].

Fler CL-enheter behövs

För att kunna ge en god psykiatrisk service åt patienter och behandlare inom somatisk vård krävs att man i en nära framtid tillskapar fler CL-enheter vid svenska sjukhus. Den vanligast förekommande modellen idag är att någon person på den psykiatriska kliniken, inte sällan underläkare under utbildning, gör sporadiska insatser vid behov, men att mer etablerade och långsiktiga insatser fortfarande är ovanliga.

Sjukhusets behov av CL-insatser bör alltså definieras, en plan etableras för hur insatserna skall genomföras och resurserna dimensioneras därefter. Avgörande motiv är de vinster i såväl vårdkvalitet som resursbesparing (minskat antal remitteringar, minskat antal onödiga undersökningar, kortare vårdtid, bättre patientmedverkan) som visats vara effekten av en fungerande CL-verksamhet.

En sjukvårdspolitisk utveckling som tydliggör beställar- och utförarfunktioner samt stimulerar till en ökad uppmärksamhet på kostnadseffektivitet i kombination med förbättrad vårdkvalitet har goda förutsättningar att gynna utvecklingen av konsultpsykiatriska team.

Det är dock en öppen fråga vilken typ av kliniker eller vilka huvudmän som skall ha initiativet i en sådan process; erfarenheten har många gånger visat att psykiatrin, märkligt nog, är den defensiva parten i denna utveckling – de somatiska klinikernas efterfrågan har inte alltid mötts av ett motsvarande intresse från psykiatrens sida, och det finns idag flera exempel på att somatiska enheter rekryterar psykiatrisk kompetens utanför det egna sjukhuset eller det egna sjukvårdsområdet.

Och varför inte? I en marknadsorienterad sjukvård står det givetvis de somatiska klinikerna fritt att upphandla psykiatrisk kompetens varhelst den befinner sig, från såväl offentliga som privata vårdgivare.

Utbildning inom CL-psykiatri

Klarar psykiaterkåren idag att svara upp mot ökade förväntningar från de somatiska klinikerna? Det är tveksamt. Någon genomtänkt utbildning för utövare av CL-psykiatri har inte funnits i Sverige. Svensk förening för konsulta-

tionspsykiatri har vid årliga sammankomster belyst teman av relevans för specialiteten såsom konsultationspsykiaterns professionella ramar, psykosociala riskfaktorer vid kroppsligt trauma, suicidalt beteende, depressionssjukdom hos somatiskt sjuka m m. Dessa insatser är dock helt otillräckliga i perspektivet att en ny generation psykiatrer skulle gripa sig uppgiften an att bygga upp starka och välfungerande CL-enheter.

Undertecknad deltog i en veckolång kurs i Liaison Psychiatry vid Manchester University i juni 1999. Kursen gavs för åttonde året och lockade deltagare från flera länder. Den typiske deltagaren var motsvarande ST-läkare i slutet av specialistutbildningen (Senior House Officer eller Specialist Registrar), men där fanns också ett flertal specialister med betydande erfarenhet av liaison psychiatry. Kvalificerade föreläsare från hela England ledde seminarier kring teman som:

- att utveckla en CL-service,
- somatisering,
- psykologiska reaktioner på kroppslig sjukdom m m.

Kursen var interaktiv och krävde aktivt deltagande och ständiga redovisningar av diskussioner och litteraturstudier. Stämningen var hög och tankeutbytet intensivt. Speciellt värdefulla var praktiska seminarier i konsten att etablera en CL-service, vilket tillförde kursen en viktig sjukvårdspolitisk dimension.

Utbildning i CL-psykiatri på skandinavisk grund

I de skandinaviska föreningarna för CL-psykiatri pågår för närvarande diskussioner om att i Skandinavien starta en årligen återkommande kvalificerad utbildning inom området. Manchestergruppens veckolånga kurs kvalificerar väl att stå som förebild för en sådan utbildning. Med en jämförbar storlek på kursen skulle Sverige kunna utbilda 5–10 konsultpsykiatrer per år eller 50–100 under de kommande tio åren. Det är en nödvändig förutsättning för att det nuvarande stillastående inom svensk CL-psykiatri skall brytas.

Referenser

1. Lipowski ZJ. New prospects for liaison psychiatry. *Psychosomatics* 1981; 22: 806-9.
2. Mayou R, Hawton K. Psychiatric disorder in the general hospital. *B J Psychiatry*, 1986; 149: 172-90.
3. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer

M, deGruy FV 3rd, Hahn SR et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994; 272: 1749-56.

4. Von Korff M, Ormel J, Katon W, Lin EH. Disability and depression among high utilizers of health care. A longitudinal analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 91-100.
5. Shaw J, Creed F. The cost of somatization. *J Psychosom Res* 1991; 35: 307-12.
6. Fink P. The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychol Med* 1992; 22: 173-80.
7. Levitan SJ, Kornfeld DS. Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 790-3.
8. Vaz FJ, Salcedo MS. A model for evaluating the impact of consultation-liaison psychiatry activities on referral patterns. *Psychosomatics* 1996; 37: 289-98.
9. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1358-68.
10. Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 647-55.
11. Strain JJ, Lyons JS, Hammer JS, Fahs M, Lebovits A, Paddison PL et al. Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1044-9.
12. Bronheim HE, Fulop G, Kunkel EJ, Muskin PR, Schindler BA, Yates WR et al. The Academy of Psychosomatic Medicine practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. The Academy of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics* 1998; 39: S8-30.
13. Rutz W, von Knorring L, Wålinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80: 151-4.
14. Rutz W, von Knorring L, Wålinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 83-8.
15. Bodlund O. Anxiety and depression as a hidden problem in primary health care. Only one case in four identified [summary]. *Läkartidningen* 1997; 94: 4612-4, 4617-8.
16. Almay B. Patients with idiopathic pain syndromes [dissertation]. Department of Neurology and Psychiatry. Umeå: Umeå University, 1987.
17. Ponzer S. Psychosocial factors in trauma patients [dissertation]. Stockholm: Department of Orthopaedic Surgery, Stockholm Söder Hospital and the Department of clinical Neurosciences and Family Medicine, Section for Psychiatry, Huddinge University Hospital. Stockholm: Karolinska Institute, 1996.
18. Binzer M. Motor conversion disorder. Clinical characteristics and outcome among patients with medically unexplained loss of motor function [dissertation]. Umeå: Departments of Psychiatry and Neurology, Umeå University, 1998.
19. Anderberg U. Fibromyalgia syndrome in women – a stress disorder? [dissertation]. Uppsala: Department of Neuroscience, Uppsala University, 1999.