

Skematisk hoftefrakturjournal og dokumentation af patient- og behandlingsoplysninger

Et kvalitetsudviklingsprojekt

Læge Susanne Juhl Pedersen, sektorchef Svend Erik Østgaard, professor Jes Bruun Lauritzen & ledende overlæge Benn R. Duus

H:S Bispebjerg Hospital, Ortopædkirurgisk Afdeling M

Resumé

Introduktion: I undersøgelsen sammenlignes registreringen af patient- og behandlingsoplysninger i en skematisk lægejournal med indholdet i de traditionelt dikterede journaler.

Materiale og metoder: Den skematisk hoftefrakturjournal blev udarbejdet for at sikre en mere systematisk og ensartet registrering af journaldata. Den bestod af tre ark med fortrykte variable og en continuation til supplerende diktater. I alt indgik der 273 traditionelle og 248 skematiske indlæggelsesjournaler og 274 traditionelle og 245 skematiske operationsbeskrivelser i under søgelsen.

Resultater: Hoftefrakturjournalen var signifikant bedre til at dokumentere brudside, informeret samtykke, årsager til ventetid på operation, peroperativ antibiotika anvendelse, operationstid og blødning med. Desuden var patienternes præoperative gangfunktion, tobaks- og alkoholforbrug samt kirurgens postoperative radiografiske vurdering af operationsresultatet oftere angivet i hoftefrakturjournalen. Der var ingen signifikant forskel på, hvor hyppigt oplysninger om dato og side for operation, operatørkode, fraktur- og operationstype, indlæggelsesdiagnose, allergi og øvrige organsystemer var til stede i de to journaltyper. Anæstesitypen var oftere angivet i de traditionelle journaler.

Diskussion: Den skematiske journal sikrede en mere systematisk og ensartet dataregistrering i forhold til den traditionelle journal. Indholdet i de dikterede journaler er forankret i traditioner og den enkelte læges opfattelse af, hvad der er væsentlige journaldata. Hoftefrakturjournalen vil kunne bidrage til kvalitetsudvikling, ved at man indsamler data prospektivt. Disse data vil kunne udgøre grundlaget for en elektronisk patientjournal og tillige opsamles i en klinisk database.

Et stigende krav fra befolkning og politikere om øget kvalitet i patientbehandlingen, herunder forbedret kommunikation, har henledt opmærksomheden på kvaliteten og indholdet af hospitalsjournalerne. I flere udenlandske undersøgelser har man vist, at det er muligt at forbedre journaldokumentationen ved at indføre en struktureret og skematisk journal for patienter indlagt med f.eks. et akut hovedtraume og astma [1, 2].

Formålet med undersøgelsen var at sammenligne registreringen af patient- og behandlingsoplysninger i en skematisk opbygget journal med de traditionelle, dikterede journaler,

for at vurdere om brug af den skematiske journal forbedrede dataregistreringen.

Materiale og metoder

I 1997 udarbejdedes en skematisk hoftefrakturjournal på Ortopædkirurgisk Afdeling M, H:S Bispebjerg Hospital, mhp. at sikre en mere systematisk og ensartet registrering af journaldata. Det første udkast til journalen blev testet i april 1998, og den blev taget i brug den 12. oktober 1998. Siden da har journalen været anvendt på afdelingen.

Hoftefrakturjournalen bestod af tre systematiske ark med fortrykte variable og en almindelig continuation til supplerende tekst. Velkendte og potentielle risikofaktorer for patientforløbet indgik som variable. De journalrelaterede variable lignede i sprog og indhold de traditionelle journal-elementer. Variablene var veldefinerede, eksklusive og ekshastive. Indlæggelsesarket indeholdt bl.a. en systematisk screening for sygdomme, der kunne have betydning for anæstesi og operation. Fire standardoperationsbeskrivelser på operationsarket (**Figur 1**) betød, at kun ekstraordinære hændelser eller metodiske ændringer måtte tilføjes ved diktat. Ordinationsarket indeholdt tre strukturerede lister med præ-, per- og postoperative ordinationer.

De traditionelle journaler bestod af en dikteret indlæggelsesjournal, præoperativ gennemgang, operationsbeskrivelse og stuegangsnotater.

Til undersøgelsen inkluderedes patienter indlagt på Afdeling M med deres første operationskrævende hoftebrud. Patienterne blev identificeret i Det Grønne System under indlæggelsesdiagnose ICD 10-kode DS72.0, DS72.1 og DS72.2. To serier af patienter med hhv. en traditionel eller en skematisk journal indgik i undersøgelsen.

Patientforløbene blev dokumenteret med den traditionelle journal i perioderne fra den 12. april 1997 til den 30. juni 1997 og fra den 12. oktober 1997 til den 31. december 1997 og med den skematiske journal i perioderne fra den 12. oktober 1998 til den 31. december 1998 og fra den 12. april 1999 til den 30. juni 1999. Der indgik hhv. 277 og 252 konsekutivt udvalgte patienter med hhv. en traditionel eller skematisk journal.

Fire traditionelle og to skematiske journaler blev ekskluderet, fordi de var udlånt. I patientgruppen med en traditionel journal blev fire patienter overflyttet til operation fra andre afdelinger uden en ortopædkirurgisk indlæggelsesjournal, og tre døde før operation. To hoftefrakturjournaler, fire skema-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Figur 1. Hoftefrakturjournalens operationsark.

Hoftefrakturjournal		
Data: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Operationsdata - Primær operation Operatør Udfyldt af (Fulde navn): _____
Ved REOPERATION anvendes stråklit operatørmærk. Operationsdata - Reoperation		
Operatør kode: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Assistent kode: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ingen	
Pt. accepterer operativ behandling: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Pt. kan ikke svare, pårørende accepterer operation <input type="checkbox"/> Pt. venter under 24 timer på operation	Ansøg til at pt. ikke opereres inden 24 timer efter indlæggelsen: <input type="checkbox"/> Pt. venter på medicinsk hjælp <input type="checkbox"/> Anæstesi afdelingen venter på at pt. stabiliseres medicinsk <input type="checkbox"/> Pt. venter på ledig plads i operationsprogrammet	Anæstesiform: <input type="checkbox"/> Spinalanæstesi <input type="checkbox"/> Generel <input type="checkbox"/> Kombineret Antibiotika profylakse: <input type="checkbox"/> Iflg. instruks <input type="checkbox"/>
Side: <input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre	<input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Bækk <input type="checkbox"/>	DHS: (NF03) <input type="checkbox"/> Pt. lægges på ekstensionsløj. Frakturen reponeres under generelnyring. Lateral adgang bag om status lateralis. Via K-lind placeres glidestrukturen centralt gennem collum til caput. Glidestrukturen fastgøres med langs femur med DHS-stjerne. Placeringen kontrolleres i generelnyring. Vioyl lugeset. Nylon i hud.
Frakturtype (1): <input type="checkbox"/> Ingen fraktur <input type="checkbox"/> Trochantor fraktur stabil Collum: (2) <input type="checkbox"/> Medial collum - Garden 1-2 <input type="checkbox"/> Medial collum - Garden 3-4 Subtrochantor: (1) <input type="checkbox"/> 2 fragm. distalc. - Evans 1 <input type="checkbox"/> 2 fragm. distalc. - Evans 2 <input type="checkbox"/> Afbrt. troch. major - Evans 3 <input type="checkbox"/> Afbrt. troch. minor - Evans 4 <input type="checkbox"/> Afbrt. af troch. minor og major - Evans 5 Basocollum: (1) <input type="checkbox"/> Basocollum Subtrochantor: (2) <input type="checkbox"/> 2 fragmenter distalcollum <input type="checkbox"/> 2 fragmenter distalcollum <input type="checkbox"/> 3-6 fragmenter	Fiksation af femur hemi-komponent: <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt <input type="checkbox"/> Ucmærket (NF00) <input type="checkbox"/> Cement med antibiotika (NF02) Peroperative komplikationer: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Femurfraktur <input type="checkbox"/>	Marsvers: (NF04) <input type="checkbox"/> Pt. lægges på ekstensionsløj og frakturen reponeres under generelnyring. Adgang proximal for trochantor major. Femur reponeres over guidewire. Der indføres et marsvers i femur sene. Bækkens ved glidestrukturen gennem collum til caput via K-lind. Der lægges proximal glidestrukturen og to distale transkur. Placeringen kontrolleres i generelnyring. Vioyl lugeset. Nylon i hud.
Operationstype: <input type="checkbox"/> Konservativ behandling <input type="checkbox"/> AD-akruer <input type="checkbox"/> DHS <input type="checkbox"/> Marsvers <input type="checkbox"/> Hemioplastik, aripolar <input type="checkbox"/> Hemioplastik, bipolar <input type="checkbox"/> Totaloplastik (inkl. notleg) <input type="checkbox"/> Glidestrang	Blødning under operation: _____ ml. Løst nr.: _____ <input type="checkbox"/> Operationsbeskrivelse dikteret <input type="checkbox"/> Supplerende oplysninger til operationsbeskrivelse dikteret <input type="checkbox"/> AD-akruer: (NF02) <input type="checkbox"/> Pt. lægges på ekstensionsløj. Frakturen reponeres under generelnyring. Lateral adgang. V.h.a. K-lind placeres 3 strær gennem collum i caput. Placeringen kontrolleres i generelnyring. Vioyl lugeset. Nylon i hud.	Hemiloplastik: <input type="checkbox"/> Pt. lægges i sideleje. Bage adgang til notleg. M. ischiadicus identificeres og holdes til side. Ledet åbnes og caput femur og udvælles. V.h.a. skablon afkøres collum og efter sprængning sættes en hemiloplastik med antevæsen (____). Hoften reponeres og findes. Ledkapsel, fascie og subcutis lukkes med vioyl. Nylon i hud.
Femur-stær: <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt <input type="checkbox"/> Moore <input type="checkbox"/> Ultra (Fortsætter næste side)	Vurdering af reposition: <input type="checkbox"/> God stilling <input type="checkbox"/> Acceptabel stilling <input type="checkbox"/> Ikke acceptabel stilling	Ordinationer noteres på ordinationsark, kortl. 1
Vurdering ved røntgenkonferenceløstgang: Patologisk fraktur: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Stabilitet af osteosyntese: <input type="checkbox"/> Belastningsstabil <input type="checkbox"/> Ikke belastningsstabil	Vurdering af hemiloplastik: <input type="checkbox"/> God stilling <input type="checkbox"/> Protese i venst-stilling <input type="checkbox"/> Protese i valgus-stilling <input type="checkbox"/> Protesen er rotateret <input type="checkbox"/> Ikke acceptabel stilling	Udfyldt ved: <input type="checkbox"/> Iflg. kortl. d. ____ af _____ (Fulde navn) <input type="checkbox"/> Ståupgang efter notat fra og kortl. d. ____ af _____ (Fulde navn)

tiske indlæggelsesark og fem skematiske operationsark var ikke blevet udfyldt. En patient med skematisk journal døde før operationen. I undersøgelsen indgik der derfor 273 traditionelle og 248 skematiske indlæggelsesjournaler samt 274 traditionelle og 245 skematiske operationsbeskrivelser.

Hoftefrakturjournalens prospektivt registrerede data blev sammenlignet med data, der var ekstraheret retrospektivt fra de traditionelle journaler. Den skematiske journals ark blev anvendt til dataregistreringen. Data skulle så vidt muligt kategoriseres uden datatransformation. Medicin-, anæstesi- og operationsregistreringsskemaet indgik ikke i undersøgelsen.

Data blev registreret i Access 7.0 (Microsoft Corporation) og analyseret i programmet Graphpad QuickCalcs (<http://graphpad.com> (aug. 2003)). Til analyse af binære data anvendtes χ^2 -test (en frihedsgrad, to sider) og Fishers eksakte test (to sider), og til kontinuerte data blev der anvendt parret t-test

(to sider). En p-værdi under 0,05 blev betragtet som statistisk signifikant.

Resultater

Patienterne fordelte sig med 57 mænd og 220 kvinder med en traditionel journal samt 66 mænd og 186 kvinder med en skematisk journal. Mændenes gennemsnitsalder var hhv. 77 år og 78 år og kvindernes var hhv. 83 år og 84 år. Fordelingen af brud- og operationstyper fremgår af **Tabel 1**.

I **Figur 2** ses, at hoftefrakturjournalen var statistisk signifikant bedre til at dokumentere patienternes gangfunktion indendørs, udendørs, på trappe, hvor ofte patienten kom på gaden, tobaks- og alkoholvaner samt brudside med.

Funktionsniveauet fandtes ikke angivet i 142 traditionelle og 18 skematiske indlæggelsesjournaler (51,3% vs. 7,14%, $p < 0,0001$). Der var ingen forskel på hvor hyppigt allergi, øv-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Fordelingen af fraktur- og operationstyper for den traditionelle journal og hoftefrakturjournalen. Resultaterne er angivet i antal og procent.

	Traditionel journal		Skematisk journal		p-værdi
	n	(%)	n	(%)	
Collum femoris	120	(43,8)	103	(42,0)	0,72
Pertrokantær	127	(46,4)	98	(40,0)	0,16
Basocervical	10	(3,7)	18	(7,4)	0,08
Subtrokantær	17	(6,2)	26	(10,6)	0,08
Skruer	59	(21,5)	46	(18,8)	0,45
Dynamisk hofteskrue	135	(49,3)	107	(43,7)	0,22
Marvsøm	22	(8,0)	34	(13,9)	0,03
Hemialloplastik	57	(20,8)	56	(22,8)	0,60
Total hoftealloplastik	1	(0,4)	2	(0,8)	0,60

rige organ-systemer og diagnoser var beskrevet i de to journalssystemer.

I **Figur 3** ses, at der i de skematiske journaler signifikant oftere var angivet et informeret samtykke, antibiotikaproylaxse og kirurgens postoperative radiografiske vurdering af operationsresultatet. Oplysninger om årsager til ventetid på operation var til stede i 6,9% af de traditionelle og 90,6% af de skematiske journaler. Operationstid og blødning fremgik af hhv. 0% og 3% af de traditionelle og hhv. 94,7% og 92,2% af de skematiske journaler. Anæstesiform var signifikant hyppigere noteret i de traditionelle journaler. Der var ingen forskel på, hvor ofte dato og side for operation, operatørkode, fraktur- og operationstype var angivet (100%). I de 127 traditionelle journaler for patienter indlagt foråret 1997 kunne kirurgens postoperative radiografiske vurdering af operationsresultatet direkte klassificeres i 47% af journalerne og ikke klassificeres pga. den sproglige formulering i 32% af journalerne. En vurdering af operationsresultatet var ikke til stede i 21% af journalerne.

For samtlige resultater fandtes der ingen betydende forskelle inden for de to serier af patienter med hhv. traditionel eller skematisk journal.

Diskussion

I hoftefrakturjournalen var samtykke til operation angivet i langt højere grad end i de traditionelle ortopædkirurgiske journaler. Lægen har pligt til at dokumentere patientens informerede samtykke ved enhver lægelig behandling [3, 4]. I det danske projekt Den Gode Medicinske Afdeling foretog man i januar 1998 en tværsnitsundersøgelse af kvaliteten af indlæggelsesforløb, behandling og pleje for patienter indlagt på 39 medicinske afdelinger. Undersøgelsen viste bl.a., at der manglede dokumentation for patientinformation i 38% af lægejournalerne [5]. Forskellene kan forklares med, at der ikke tidligere blev lagt så megen vægt på den skrevne dokumentation af patientinformation, som der gøres i dag, og at det tager tid at ændre rutiner.

Patientens præoperative funktionsevne var angivet i få traditionelle journaler. Oplysningerne fandtes i 93% af hofte-

frakturjournalerne, hvilket var signifikant hyppigere end i den traditionelle ortopædkirurgiske journal, hvor data var til stede for halvdelen af patienterne. I resultaterne fra Den Gode Medicinske Afdeling var der oplysninger om gangfunktion i indlæggelsesjournal, -samtale eller gennemgang for 84% af patienterne [5]. Funktionsniveauet kan have betydning for valget af operation, og det udgør en risikofaktor for videre forløb for patienten [6]. Det var bemærkelsesværdigt, at oplysninger om allergi, øvrige organsystemer, tobak og alkohol hyppigere var til stede end oplysninger om gangfunktion i den traditionelle journal. Årsagen hertil kan være, at oplysninger af denne karakter (gangfunktion) almindeligvis ikke får samme lægelige opmærksomhed som mere direkte lægeligt relaterede data.

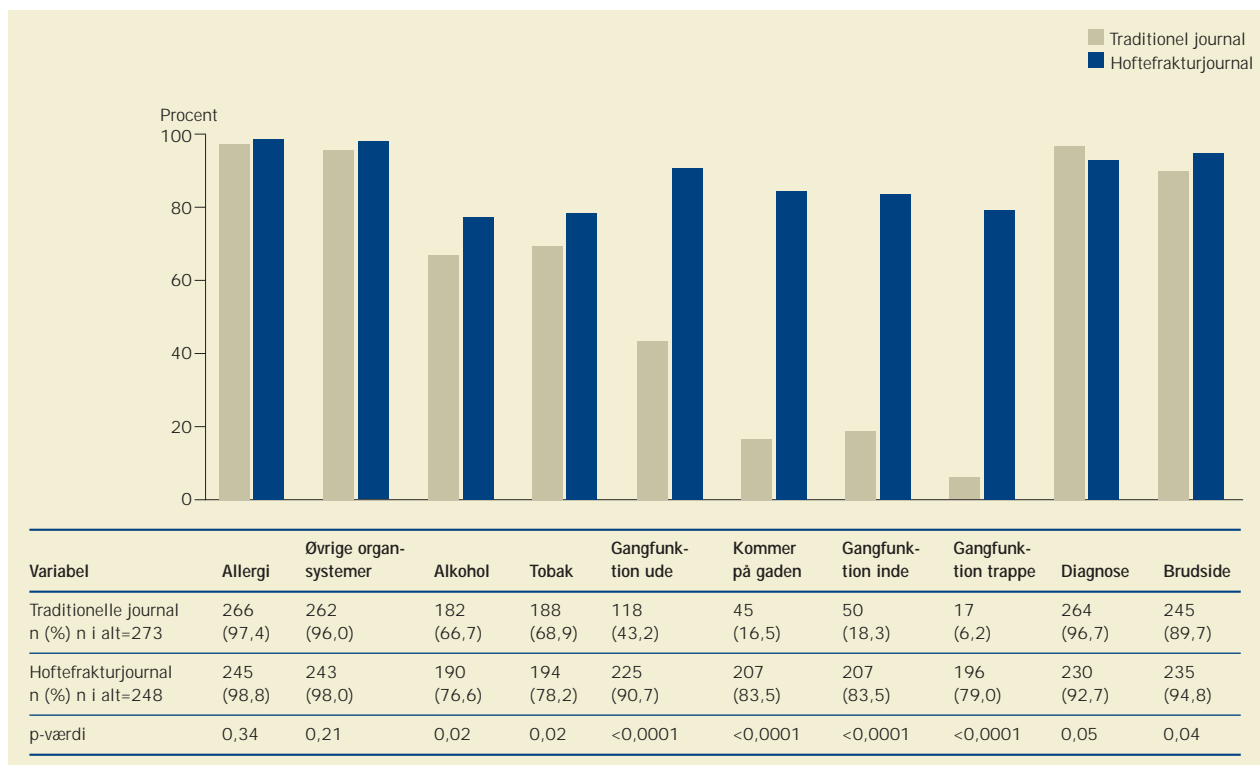
Operationsdato og -side, operatørkode, fraktur- og operationstype var oplyst i samtlige journaler. Årsagen hertil er formentlig, at disse data lægeligt betragtes som absolut nødvendige i en journal. Derimod var ventetid på operation sjældent angivet i de traditionelle journaler. For patienterne tages ventetid på operation ofte som et udtryk for den service hospitalet yder. Begrebet har ikke samme opmærksomhed blandt læger. Operationsbeskrivelsen i den traditionel journal indledes ofte med en standardsætning, hvori en angivelse af den anvendte anæstesiform indgår. Dette kan være forklaringen på, at anæstesiformen oftere var oplyst i de traditionelle end i de skematiske journaler.

Prospektiv registrering som i hoftefrakturjournalen øger datavaliditeten. Retrospektivt kategoriserede data har som regel en lavere detaljeringsgrad og dermed en større variabilitet. Retrospektive data kan derfor være svære at klassificere [7]. Et eksempel herpå var kirurgens postoperative radiografiske vurdering af operationsresultatet. Såfremt vurderingerne var blevet dikteret efter en retningslinje, må det forventes at flere af disse kunne kategoriseres.

Et randomiseret studiedesign ville være ideelt, men ville i denne situation ikke kunne gennemføres uden væsentlig risiko for bias, da de to typer af journaler så skulle anvendes parallelt. Den skematiske journal ville sandsynligvis efter kort tid komme til at virke som en skabelon for den traditionelle journal og dermed mindske evt. forskelle på de to journaltyper. Bias søgtes derfor elimineret ved inklusion af patienter indlagt i fire forskellige tidsperioder. Ved sammenligning af patientkarakteristika og resultater for de to serier af patienter med hhv. traditionel eller skematisk journal fandtes ingen betydende forskelle.

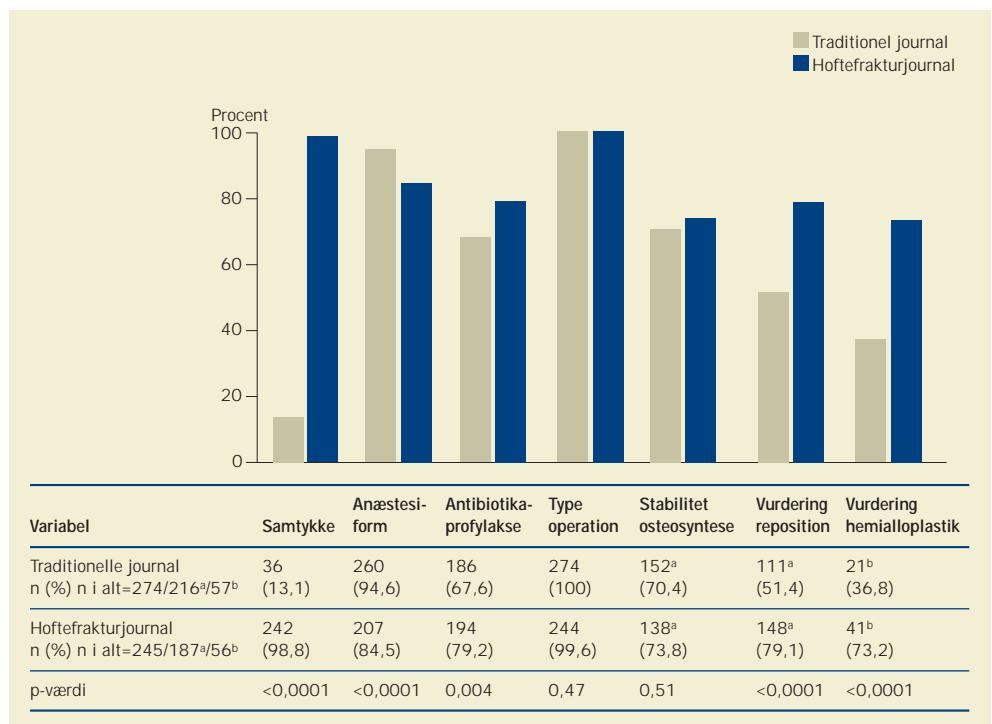
Tre hospitaler i South East Thames Region indførte i 1990 en skematisk hovedtraumejournal. I en undersøgelse, der inkluderede 1.260 patienter, viste man, at journalens symptomrelaterede variabler blev udfyldt for over 95% af patienterne og de resterende variabler for mindst 66% [1]. I hoftefrakturjournalen fandtes samtlige variabler udfyldt for over 73% af patienterne. Udvikling og implementering af hovedtraumejournalen blev foretaget af en bred gruppe af læger. Baggrunden herfor var en lokal undersøgelse, hvori man havde kon-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE



Figur 2. Hyppigheden af indlæggelsesrelaterede oplysninger dikteret i de traditionelle journaler og udfyldt på hoftefrakturjournalens indlæggelsesark. Resultaterne er angivet i antal og procent.

Figur 3. Hyppigheden af de operationsrelaterede oplysninger dikteret i de traditionelle journaler og udfyldt på hoftefrakturjournalens operationsark. Resultaterne er angivet i antal og procent. I alt indgik der 274 traditionelle journaler og 245 hoftefrakturjournaler i undersøgelsen. Osteosyntesemateriale blev indsat hos 216 patienter med en traditionel journal og 187 patienter med en hoftefrakturjournal, og hemialloplastik anvendtes hos 57 patienter med en traditionel journal og 56 patienter med en hoftefrakturjournal.
a) Resultater for osteosyntesebehandlede patienter.
b) Resultater for hemialloplastikbehandlede patienter.



kluderet, at kvaliteten af den traditionelle dokumentation ikke var optimal [1]. Hoftefrakturjournalen blev udarbejdet af tre læger og en studerende på baggrund af, at der erfaringsmæssigt manglede en række oplysninger i de traditionelle

journaler. Den første inklusionsperiode var sammenfaldende med journalens indkøringsfase, men på trods af dette blev der opnået en meget høj registreringshyppighed.

I en prospektiv undersøgelse af betydningen af indførelsen

VIDENSKAB OG PRAKSIS | SEKUNDÆRPUBLIKATION

af en skematisk astmajournal indgik der hhv. 70 og 105 konsekutivt udvalgte patienter indlagt i de 6 mdr. umiddelbart før og efter opstarten af den skematiske journal. Før undersøgelsen var afdelingens læger flere gange blevet undervist i de nationale retningslinjer fra The British Thoracic Society. Studiet viste, at det signifikant oftere blev dokumenteret, at retningslinjerne var blevet fulgt efter opstarten af den skematiske astmajournal, hvori de var trykt [2].

Den generelt forbedrede dokumentation kan skyldes, at de skematiske journaler, herunder hoftefrakturjournalen i sig selv, fungerer som huskelister. Den strukturerede dataindsamling i hoftefrakturjournalen vil måske også kunne bedre dokumentationen af anbefalingerne fra Referenceprogram om Hoftebrud [8] og styrke indsamlingen af data til nationale og internationale kliniske databaser. Hoftefrakturjournalens systematiske opbygning sikrer, at de relevante data indsamles på de relevante tidspunkter i patientforløbet. Ved implementering på edb vil den kunne udgøre en elektronisk patientjournal. En systemiseret elektronisk journal vil kunne bidrage med data til forskning, kvalitetsudvikling og planlægning. En tværfaglig elektronisk patientjournal, der tillige fungerer som klinisk database, findes på Klinik for Para- og Tetraplegi, H:S Rigshospitalet. Der har man bl.a. erfaret, at en høj grad af strukturering er en væsentlig forudsætning for dobbeltfunktionen som elektronisk journal og klinisk database [9].

Konklusion

Den skematiske hoftefrakturjournal udgjorde et forbedret in-

strument til dataindsamling i forhold til den traditionelle journal. Den sikrede en mere systematisk og ensartet registrering af de patient- og behandlingsrelaterede data. De væsentligste operationsrelaterede data fremgik lige hyppigt af de to journaltyper.

Korrespondance: *Susanne Juhl Pedersen*, Gladbovej 6, 3. th., DK-2500 Valby.
E-mail: *susanne_juhl_ped@hotmail.com*

Antaget: 7. juli 2004.

Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksgivelse: Projektet har modtaget økonomisk støtte fra H:S Sundhedsfagligt Råd for Ortopædkirurgi

Litteratur

- Wallace SA, Gullan RW, Byrne PO et al. Use of a pro forma for head injuries in the accident and emergency department – the way forward. *J Accid Emerg Med* 1994;11:33-42.
- Robinson SM, Harrison BDW, Lambert MA. Effect of a preprinted form on the management of acute asthma in an accident and emergency department. *J Accid Emerg Med* 1996;13:93-7.
- Lov om patienters retsstilling af 01.07.98. [Http://retsinfo.dk/aug.2003](http://retsinfo.dk/aug.2003).
- Vejledning om lægers journalføring af 19.12.96. [Http://retsinfo.dk/aug.2003](http://retsinfo.dk/aug.2003).
- Hellebæk A, Lippert S, Zimakoff J et al. Den Gode Medicinske Afdeling. Resultater fra en national undersøgelse af kvalitet i 1998. *Ugeskr Læger* 2002;164:4431-7.
- Zuckerman JD. Hip fracture. *N Engl J Med* 1996;334:1519-25.
- Williams JG, Kingham MJ, Morgan JM et al. Retrospective review of hospital patient records. *Br Med J* 1990;300:991-3.
- Andersen JS, Andersen KS, Jensen CM et al. Behandling, pleje og genoptræning af patienter med hoftebrud. *Ugeskr Læger* 1999;161(suppl 11).
- Biering-Sørensen F, Gregersen H, Hansen HV et al. Tværfaglig elektronisk patientjournal og database i ét: SCIBase. *Ugeskr Læger* 2001;163:3207-12.

Udvikling i selvmordshyppigheden for patienter med skizofreni fra 1981 til 1997

En nested casekontrolundersøgelse

Overlæge Merete Nordentoft, cand.scient. Thomas Munk Laursen, lektor Esben Agerbo, adjunkt Ping Qin, afdelingslæge Eyd Hansen Høyer & professor Preben Bo Mortensen

H:S Bispebjerg Hospital, Psykiatrisk Afdeling, og Aarhus Universitet, Center for Registerforskning

Resumé

Introduktion: Selvmordshyppigheden i Danmark er faldet meget i de seneste 20 år. Psykiatriske patienter har en stærkt øget selvmordsrisiko. Formålet med undersøgelsen var at undersøge udviklingen i selvmordshyppigheden blandt patienter med skizofreni og beslægtede lidelser i perioden 1981-1997.

Materiale og metoder: Undersøgelsens design er en *nested* case-kontrolundersøgelse, som blev gennemført ved kobling af data fra fire danske longitudinelle registre. I alt 18.744 personer, som var

under 75 år og begik selvmord i perioden 1981-1997, indgik i undersøgelsen som cases, og til hver case blev der udvalgt 20 matchede kontrolpersoner.

Resultater: Selvmordsrisikoen blandt patienter med skizofreni og beslægtede lidelser er ca. 20 gange højere end i baggrundsbeholdningen. Faldet i selvmordsraten blandt patienter med skizofreni og beslægtede lidelser er parallelt med faldet i selvmordshyppigheden i den del af befolkningen, som aldrig har været indlagt (incidensrate ratio 1,00, 95% konfidensinterval 0,98-1,03). Selvmordsrisikoen var højest i det første år efter første indlæggelse, den øgede selvmordsrisiko, som patienterne havde, blev noget mindre med stigende alder.

Diskussion: Selvmordsrisikoen blandt patienter med skizofreni er blevet mindre. Dette kan skyldes bedre psykiatrisk behandling, nedsat tilgængelighed af selvmordsmetoder eller bedre somatisk behandling efter selvmordsforsøg.