

Udenlandske patienter i et distriktspsykiatrisk center

Overlæge Elsebeth Stenager, overlæge Kristian Øllegård Andersen, reservelæge Jihan Taha, sygeplejerske Kirsten Vestergård & sygeplejerske Kirsten Stadsvold

ORIGINALARTIKEL

Odense Universitets-hospital,
Distriktspsykiatrisk Center

RESUME

INTRODUKTION: Formålet med undersøgelsen var at kortlægge antal patienter med udenlandsk baggrund i distriktspsykiatrisk behandling i Odense, og via en *nested case*-kontrol-undersøgelse at undersøge om, og i givet fald hvorledes udenlandske patienter i et distriktspsykiatrisk tilbud adskiller sig fra den øvrige patientgruppe.

MATERIALE OG METODER: Undersøgelsen er en *nested case*-kontrol-undersøgelse, hvor relevante kliniske oplysninger om udenlandske patienter er sammenlignet med tilsvarende for danske kontroller.

RESULTATER: I alt 168 patienter indgik i undersøgelsen, heraf 60 patienter med udenlandsk baggrund. Undersøgelsen viste, at de udenlandske patienter oftere modtog midlertidige sociale ydelser som kontanthjælp. De fik sjældnere end danske patienter andengenerationsantipsykotika. De anvendte sjældnere de sociale støttetilbud, de havde kortere sygdomsvarighed og havde sjældnere været indlagt. Halvdelen af de udenlandske patienter var traumatiserede, og 57% talte dårligt dansk.

KONKLUSION: På baggrund af undersøgelsens resultater anbefales det at styrke indsatsen i forhold til udenlandske patienter med psykiske lidelser f.eks. gennem bedre betalingsmuligheder for medicin, specialiserede team, tæt samarbejde mellem behandlere og kommunale myndigheder samt styrkelse af viden om psykisk sygdom og behandlingstilbuddene hos patienter og pårørende.

I Distriktspsykiatrien i Odense (DPC) [1] udfærdigedes i 1998 en rapport omkring arbejdet med psykisk syge udlændinge. Arbejdet havde dengang til formål at kortlægge antallet af udenlandske patienter og disse klienters kulturelle og personlige baggrund samt sociale forhold.

Man fandt dengang et misforhold mellem det vurderede behov for socialpsykiatrisk støtte og det, som rent faktisk blev iværksat. En ny undersøgelse fra Københavns Distriktspsykiatri, Indre Nørrebro [2] har vist betydelige forskelle mellem danske og udenlandske patienter i form af mindre omfang af alkohol- og stofmisbrug, flere hjemmeboende børn og lavere hyppighed i hospitalisering blandt udenlandske patienter.

I DPC i Odense er målgruppen i dag patienter mellem 18 og 80 år, der er bosat i Odense Kommune med psykotiske symptomer/lidelser, der vurderes at være af kronisk karakter, eller patienter der diagnostisk skal udredes for tilsvarende lidelser.

Der henvises i dag væsentligt flere udenlandske patienter til DPC end tidligere, og patienternes situation er ofte kompliceret af vanskelige sociale kår [3].

På baggrund af ovenstående er det vurderet relevant at udfærdige en ny undersøgelse af de udenlandske patienters forhold i DPC, Odense.

Denne undersøgelse havde følgende formål:

- At kortlægge antallet af patienter, der har udenlandsk baggrund i den distriktspsykiatriske behandling og beskrive deres psykiske lidelse og dens behandling, herunder psykofarmakologisk behandling, samt at beskrive patienternes sociale vilkår og brug af eksisterende støttetilbud.
- Via en *nested case*-kontrol-undersøgelse at vurdere om, og i givet fald hvorledes udenlandske patienter i et distriktspsykiatrisk tilbud adskiller sig fra den øvrige patientgruppe med hensyn til psykisk lidelse, behandling, sociale forhold samt brug af tilgængelige støttetilbud.

Med udenlandske patienter menes patienter, der er født i Danmark af udenlandske forældre eller er født i udlandet af ikkedanske forældre, og som derefter er kommet til Danmark, dvs. anden- og førstegenerationsindvandrere og -flygtninge.

MATERIALE OG METODER

I DPC Odense var der den 1.8.2007 i alt 373 patienter, heraf havde 17% udenlandsk baggrund. Blandt de 373 patienter i DPC var en del kroniske danske patienter, som havde været tilknyttet DPC i mange år. For at undgå selektionsbias valgte vi målgruppen til undersøgelsen til: danske og udenlandske patienter, som var blevet visiteret til DPC i perioden fra 1.1.2004 til 1.10.2007. Alle udenlandske patienter, der var blevet visiteret i perioden, blev identificeret via vores patientlister. Som kontroller blev der for hver udenlandsk patient udvalgt to danske patienter, som var blevet visiteret i samme tidsperiode. Disse blev identificeret ved at udvælge de to danske patienter, som var blevet visiteret tidsmæssigt henholdsvis før og efter hver udenlandsk patient. Antallet af kontroller blev valgt i forhold til det samlede antal patienter i undersøgelsens målgruppe. Helbredsmæssige og sociale forhold blev på baggrund af journaldata registreret i et registreringsskema.



TABEL 1

De udenlandske patienters nationale baggrund.	Fødeland	n (%) (n = 60)
	Iran	3 (5)
	Irak	25 (42)
	Libanon	3 (5)
	Somalia	5 (8)
	Eksjugoslavien	4 (7)
	Tyrkiet	7 (12)
	Vietnam	5 (8)
	Afghanistan	4 (7)
	Andet europæisk land	4 (7)

FØLGENDE FORHOLD BLEV REGISTRERET

Alder, køn, civilstand, oprindelsesland, sprogkulturer, diagnose, symptomvarighed defineret som perioden fra symptomerne på hoveddiagnosen først blev beskrevet til registreringstidspunkt 1.10.2007, sygdomsvarighed defineret som perioden fra hoveddiagnosetidspunkt til samme skæringsdato, indlæggeshyppighed, forbrug af medicin, aktuelt misbrug, oplysninger om udsættelse for alvorlige krigs-/torturoplevelser og sociale støtteforanstaltninger. For alle patienter blev *Global Assessment of Functioning* (GAF) [4] vurderet for det seneste år i forhold til registreringstidspunktet. GAF er en skala, hvor man angiver et overordnet mål for en persons funktionsniveau på en skala fra et til 100. Skalaen er velvalideret og indgår som et dagligt redskab i DPC. Værdier under 50 er typisk tegn på en alvorlig funktionsnedsættelse.

STATISTISK METODE

SPSS benyttedes til statistisk bearbejdelse af data. Der blev foretaget sammenligninger mellem de danske og udenlandske patienter ved anvendelse af χ^2 -test til sammenligning af forskelle mellem fordelinger og Mann-Whitney test til sammenligning af middelværdier for kontinuerlige nonparametriske variable.

ETIK

Da undersøgelsen blev udfærdiget på baggrund af foreliggende journaldata, blev den ikke anmeldt til Datatilsynet eller til Videnskabsetiske Komité.

RESULTATER

Den totale patientgruppe

I alt 168 patienter indgik i undersøgelsen fordelt med 108 og 60 af henholdsvis dansk og udenlandsk afstamning.

Det skæve antal skyldes, at fire patienter, som oprindeligt forventedes at tilhøre kontrolgruppen,

ved journalgennemgangen viste sig at være født af udenlandske forældre, hvorved fordelingen af patienternes etniske baggrund fremkom som vist i **Tabel 1**.

Som det fremgår af Tabel 1, stammende de fleste patienter fra krigs- og konfliktramte lande med ganske anderledes socioøkonomiske vilkår end Danmark [5].

Ti personer (17%) forstod intet dansk, 24 (40%) forstod lidt dansk, men havde brug for tolk ved komplicerede samtaler; de øvrige 26 (43%) talte dansk uden problemer. I alt 30 (50%) af de udenlandske patienter havde været udsat for tortur eller alvorlige traumatiserende oplevelser.

FORSKELLE MELLEM DANSKE OG UDENLANDSKE PATIENTER

Diagnose og behandling

Alders- og kønsfordelingen var den samme med en gennemsnitsalder på 37,6 år og lige mange mænd og kvinder. Der fandtes ingen signifikant forskel i fordelingen af hoveddiagnoser mellem danske og udenlandske patienter, 79 (73%) af de danske patienter og 41 (68%) af de udenlandske patienter havde en diagnose inden for det skizofreniforme spektrum (F20-29). De øvrige diagnoser fordelte sig jævnt mellem de to grupper, det var primært depressionsdiagnoser og personlighedsforstyrrelser.

Fleere danske end udenlandske patienter havde et kendt misbrug: 31 (29%) danske patienter og ti (17%) udenlandske patienter. Forskellen var dog ikke statistisk signifikant.

GAF-scoren var 41 i gennemsnit, og den var ens i de to grupper.

Patienterne havde været lige længe i distriktspsykiatrien. I alt 110 (58%) var blevet visiteret i 2006 og 2007.



Arbejde med udenlandske patienter kræver tid og viden.

TABEL 2

Forskel i sygdomsvarighed og behandling mellem danske og udenlandske patienter i et distriktspsykiatrisk center.

Forhold vedr. den psykiske sygdom og behandlingen	Danske patienter n (%) (n = 108)	Udenlandske patienter n (%) (n = 60)	Total n (%) (n = 168)	χ^2 -test	Frihedsgrader	p-værdi
<i>Hoveddiagnose stillet inden for tidsperioden</i>				38,55	4	< 0,001
≤ 1 år	15 (14)	24 (40)	39 (23)			
> 1 år-≤ 3 år	12 (11)	14 (23)	26 (15)			
> 3-≤ 5 år	3 (3)	8 (13)	11 (7)			
> 5 år	77 (71)	14 (23)	91 (54)			
Uoplyst	1 (1)					
<i>Tidspunkt for beskrivelse af symptomer</i>				20,87	4	< 0,0001
≤ 1 år	2 (2)	4 (7)	6 (4)			
> 1-≤ 3 år	10 (9)	12 (20)	22 (13)			
> 3-≤ 5 år	4 (4)	11 (18)	15 (14)			
> 5 år	90 (83)	31 (52)	121 (72)			
Uoplyst	2 (2)	2 (3)	4 (2)			
<i>Antal tidligere indlæggelser</i>				20,60	2	< 0,0001
0	15 (14)	24 (40)	39 (23)			
≤ 5	41 (38)	25 (42)	66 (39)			
≥ 6	52 (48)	11 (18)	63 (38)			
<i>Indlæggelsesdage i det seneste år</i>				7,86	2	< 0,02
0	67 (62)	44 (73)	111 (66)			
≤ 14 dage	7 (6)	8 (13)	15 (9)			
> 14 dage	34 (31)	8 (13)	42 (25)			

TABEL 3

Forskel i sociale vilkår mellem danske og udenlandske patienter i et distriktspsykiatrisk center.

Sociale forhold	Danske patienter, n (%) (n=108)	Udenlandske patienter, n (%) (n=60)	Total n (%) (n = 168)	χ^2 -test	Frihedsgrader	p-værdi
<i>Forsørgelsesgrundlag</i>				52,5	9	< 0,0001
Kontanthjælp	9 (8)	26 (43)	35 (21)			
Sygedagpenge	5 (5)	4 (7)	9 (5)			
Revalideringsydelse	2 (2)	0	2 (1)			
Arbejdsløshedsdagpenge	0	2 (2)	2 (1)			
Fleksjob	2 (2)	0	2 (1)			
Førtidspension	80 (74)	21 (35)	101 (60)			
Lønindtægt	1 (1)	1 (1)	2 (1)			
Integrationshjælp/starthjælp		5 (8)	5 (3)			
Folkepension	8 (7)	0	8 (5)			
Statens Uddannelsesstøtte	1 (1)	1 (1)	2 (1)			
<i>Støttetilbud iværksat det seneste år</i>						
Medicintilskud kommunalt	8 (7)	12 (20)	20 (12)	7,38	2	< 0,02
Kronikerbevilling	23 (21)	12 (20)	35 (21)			Ikkesignifikant
Udfærdigede attester til myndigheder	15 (15)	29 (48)	45 (27)	22,1	1	< 0,0001
Støtte til sociale aktiviteter	39 (36)	9 (15)	48 (29)	9,88	2	< 0,007
Botilbud/bostøtte	37 (34)	6 (10)	43 (26)	13,34	2	< 0,001
Hjemmesygeplejerske	20 (19)	8 (13)	28 (17)			Ikkesignifikant
Hjemmehjælp	18 (17)	4 (7)	22 (13)			Ikkesignifikant

Af Tabel 2 fremgår det, at de udenlandske patienter har haft beskrevne symptomer i kortere tid, havde fået stillet diagnosen senere, samt sjældnere

været indlagt end de danske patienter. Disse forskelle var statistisk signifikante. Udenlandske patienter behandles sjældnere med atypiske/andegenera-

tionsantipsykotika end de danske patienter, 91 (84%) danske patienter mod 36 (60%) af de udenlandske patienter (χ^2 -test = 13,83, $p < 0,001$). Forbruget af typiske/førstegenerationsantipsykotika og antidepressiva var det samme i de to grupper.

SOCIALE FORHOLD

Forskelle i sociale forhold fremgår af **Tabel 3**.

De danske patienter fik i højere grad førtidspension end de udenlandske patienter. Der blev oftere søgt om kommunalt medicintilskud, og der var flere kontakter fra vores side i form af attester og lignende til offentlige myndigheder i gruppen af udenlandske patienter. Udenlandske patienter fik sjældnere støtte til sociale aktiviteter og bostøtte end de danske patienter.

Signifikant flere, 35 (52%), af de udenlandske patienter var gift eller samlevende mod 20 (19%) af de danske (χ^2 -test, $p < 0,001$). De danske patienter havde i gennemsnit 0,7 biologiske børn og 0,15 hjemmeboende, de udenlandske patienter havde 2,7 biologiske børn og 1,6 hjemmeboende. Denne forskel var statistisk signifikant, (Mann-Whitney test, $p < 0,0001$). I alt 86 (80%) af de danske patienter og 58 (97%) af de udenlandske boede alene eller med familie, de øvrige boede på institution eller i tilknytning hertil. Denne forskel i boform var statistisk signifikant (χ^2 -test, $p < 0,002$).

DISKUSSION

Udenlandske undersøgelser har vist, at psykosociale interventioner er af stor betydning for forebyggelse og behandling af psykotiske tilstande hos udenlandske patienter i vestlige lande [6].

Vores undersøgelse viste, at flere udenlandske patienter modtog midlertidige sociale ydelser som kontanthjælp eller starthjælp end danske, som i højere grad var bevilget førtidspension. Selv om relativt flere udenlandske personer i Danmark modtager førtidspension [7], afspejler dette sig kun langsomt hos vore patienter, dels fordi sagsbehandlingen tager tid, dels fordi en del familiesammenførte patienter ikke opfylder opholdskriterierne her i landet og derfor ikke kan få tilkendt førtidspension.

De udenlandske patienter havde en kortere symptom- og sygdomsvarighed end de danske patienter. De havde sjældnere været indlagt og var i højere grad end danske patienter udelukkende diagnosticeret og behandlet ambulantly i DPC. De udenlandske patienter var stort set alle nye patienter, der var blevet henvist til DPC med henblik på udredning og behandling, hvorimod der blandt de danske patienter var genhenviste pga. forværring i en allerede kendt psykotisk tilstand. Halvdelen af de udenlandske patienter

var traumatiserede, og mere end halvdelen talte sproget dårligt. Dette kan betyde, at behandlernes fokus i første omgang vil være på følger efter traumer samt sociale problemer. Det er langsommeligt at arbejde med tolk, hvilket kan forsinke den diagnostiske proces. Dette kan være en medvirkende årsag til, at de udenlandske patienter havde en kortere symptom- og sygdomsvarighed end de danske.

De udenlandske patienter fik sjældnere end danske patienter andengenerationsantipsykotika. Der var ikke signifikant forskel i anvendelsen af førstegenerationsantipsykotika – altså de ældre og dermed billige antipsykotika. Da de udenlandske patienter havde signifikant kortere symptom- og sygdomsvarighed burde de i højere grad få andengenerationsantipsykotika, idet anbefalingerne er at påbegynde behandling af nydiagnosticerede psykotiske patienter med andengenerationsantipsykotika [8, 9].

Som behandlere står vi ofte over for valget mellem at ordinere andengenerationsantipsykotika, som patienterne fortæller os, at de ikke har råd til at købe, eller at ordinere et billigere førstegenerationsantipsykotikum, som er økonomisk overkommeligt for patienten, men hvor ordinationen er i modstrid med Sundhedsstyrelsens og vores egen afdelings retningslinjer [8, 9]. Selv om der blev ansøgt om særligt kommunalt medicintilskud sammen med kronikertilskudet, fik langt de fleste patienter afslag.

De udenlandske patienter brugte i mindre omfang de psykiatriske afdelinger og de psykiatriske støttetilbud, støttecentre, væresteder, kontaktpersonordninger og lignende. De får således heller ikke glæde af de tilbud omkring pårørendearbejde og *psychoeducation*, som gives under en indlæggelse. Mange levede i familier, hvor den raske ægtefælle og evt. børn kom til at varetage størsteparten af omsorgen for disse ofte meget syge patienter. Dette kan være en hindring for, at den raske ægtefælle kunne få tilknytning til arbejdsmarkedet. I disse familier var der ofte flere børn, og som følge af at de fleste blev forsørget af kontanthjælp, var det økonomiske råderum meget beskedent. Mange børn oplever således at vokse op i økonomisk fattige hjem, og yderligere er de belastede af en psykisk syg forælder. Denne undersøgelse giver ikke noget svar på, hvad det betyder for disse børn.

Sammenlignes resultaterne fra denne undersøgelse med den gamle undersøgelse var der ikke store forskelle fra undersøgelsen for ti år siden [1], som jo viste et misforhold mellem behovet for socialpsykiatriske støtteforanstaltninger, og det som blev iværksat. Undersøgelsens resultater bekræftede ligeledes den Københavnske undersøgelse, hvad angår konklusionen om mindre misbrug, mange hjemmeboende børn og mindre hospitalisering blandt udenlandske patienter [3].

Skal man bedre omsorgen for og behandlingen af vores udenlandske patienter, kunne vi på baggrund af denne undersøgelse og den tilgængelige litteratur foreslå følgende:

1. At man gav bedre muligheder for at især nydiagnosticerede patienter med psykoser i højere grad kunne få betalt deres medicinudgifter. Dette er netop blevet en mulighed, men kun hos nydiagnosticerede skizofrene.
2. At man oprettede team med særlig viden og kompetence inden for den transkulturelle psykiatri samt etablerede et tættere samarbejde med de kommunale forvaltninger.
3. At der blev etableret et formaliseret ambulans tilbud om *psychoeducation* til patienter og pårørende med særligt fokus på psykisk sygdom og psykosociale forholds betydning i behandlingen, herunder også oplysninger om muligheder for social støttetilbud.

KORRESPONDANCE: Elsebeth Stenager, Psykiatrisk Afdeling P, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense.

E-mail: Elsebeth.Nylev.Stenager@ouh.regionsyddanmark.dk

ANTAGET: 2. september 2009

FØRST PÅ NETTET: 30. november 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Vestergård K, Weldingh U, Barfoed A. Kortlægning, samarbejde, kommunikation. En rapport om arbejde med psykisk syge udlændinge. Odense: Distriktspsykiatrien i Odense, 1998.
2. Povlsen U, Søholm B, Lindhardt A. Kvalitetsudvikling i et distriktspsykiatrisk center, en metode til løbende monitorering. Ugeskr Læger 2007;169:3672-6.
3. Stenager E, Vestergård K. Socialmedicinske problemstillinger hos psykisk syge indvandrere og flygtninge, patienthistorier fra et distriktspsykiatrisk center. Månedsskrift Prakt Lægegern 2008;11:1317-28.
4. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL et al. The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbances. Arch Gen Psychiatry 1976;22:766-71.
5. Thapa SB, Hauff E. Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low and middle-income countries: findings from the Oslo Health Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005; 40:78-84.
6. Hutchinson G, Haasen C. Migration and schizophrenia. The challenges for European psychiatry and implications for the future. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004;39: 350-7.
7. www. Den sociale Ankestyrelse. 2007. (1. april 2008).
8. Kliniske retningslinjer for behandling med antipsykotika. Afdeling P, Odense Universitetshospital, Maj 2007.
9. Sundhedsstyrelsen. Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Referenceprogram for skizofreni. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.

Iatrogene duralæsioner ved dekompressionskirurgi i lumbalcolumna

Stud.med. Frederik Thomsen, overlæge Ole Amtoft, overlæge Mikkel Andersen, overlæge Torben Bøge-Rasmussen, overlæge Tim Toftgaard Jensen, overlæge Lars Emil Jensen, overlæge Stig Jespersen, overlæge Anders Kruse & overlæge Karsten Thomsen

ORIGINALARTIKEL

Privathospitalet
Hamlet A/S

RESUME

INTRODUKTION: Iatrogene duralæsioner med cerebrospinalvæskelækage er en kendt komplikation til kirurgi i lumbalcolumna. I litteraturen angives incidensen til 3-16%.

MATERIALE OG METODER: En retrospektiv, konsekutiv elektroklinisk patientjournal-gennemgang af rygopererede patienter på Privathospitalet Hamlet i en timåneders periode fra 1.9.2007 til 30.6.2008. Data blev indsamlet efter periodens udløb og består af kirurgdokumenterede duralæsioner. På operationstidspunktet var kirurgen ikke bekendt med, at der efterfølgende ville ske en registrering. I perioden fik 634 patienter foretaget lumbal neural dekompression, heraf 479 for spinalstenose og 155 for diskusprolaps.

RESULTATER: Incidensen af duralæsion var 3,9% (25 duralæsioner ved 634 indgreb). Risikoen for duralæsion ved sekundær operation var 7,9% mod 3,3% ved primær ($p = 0,02$), og gennemsnitsalderen var 65,9 år for patienter med duralæsion mod 58,1 år for patienter uden ($p = 0,00$). Der var statistisk signifikant forskel på den gennemsnitlige knivtid: 72 minutter for operationer med duralæsion mod 56 minutter ($p = 0,03$), og førstnævnte patienter var indlagt 1,1 dag længere ($p = 0,00$).

KONKLUSION: Den samlede incidens af iatrogen duralæsion var 3,9%. Der var dobbelt så høj risiko for duralæsion ved sekundær kirurgi. Komplikationen forlængede operationstiden med ca. 16 minutter og indlæggelsen med godt et døgn.

Iatrogen duralæsion med lækage af cerebrospinalvæske (CSF) er en kendt komplikation til lumbalpunktur, epidural- og spinalanæstesi. Størst er risikoen ved kirurgisk dekompression af de neurale strukturer i lumbalcolumna. I litteraturen er den samlede risiko ved dekompression i forbindelse med degenerativt betinget nervekompression opgjort til at ligge mellem 3% og 16%, hvor risikoen ved spinalstenose er ca. en faktor to højere end ved diskusprolaps (Tabel 1) [1-6]. I begge tilfælde er disse tal af en størrelsesorden, så rygkirurgen skal være klar til at håndtere denne komplikation, og hvor det er relevant at afklare de kliniske konsekvenser.

Der er beskrevet en øget risiko for iatrogene