

- Pilling S, Bebbington P, Kuipers E et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002;32:763-82.
- Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003. *Schizophr Bull* 2004;30:193-217.
- Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Referenceprogram for skizofreni. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.
- Dixon L, McFarlane WR, Lefley H et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv* 2001;52:903-10.
- Det Nationale Indikatorprojekt. www.nip.dk/jan 2006.
- McFarlane WR, Lukens E, Link B et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:679-87.
- Melle I, Larsen TK, Haahr U et al. Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:143-50.
- Friis S, Larsen TK, Melle I et al. Methodological pitfalls in early detection studies – the NAPE Lecture 2002. *Nordic Association for Psychiatric Epidemiology. Acta Psychiatr Scand* 2003;107:3-9.
- McFarlane WR, Deakin SM, Gingerich SL et al. Multi-family psychoeducational group treatment manual. New York: New York State Psychiatric Institute, 1991.
- Petersen L, Jeppesen P, Thorup A et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ* 2005;331:602.
- Tilfredshedsundersøgelsen i distriktspsykiatrien 2005, del 1. www.sundhed.dk/wps/portal/jan 2006.
- Fjell A, Thorsen GRB, Friis S et al. Implementing psychoeducational multi-family group work in a treatment program for patients with first episode psychosis. *Psychiatric Services* 2007;58:171-3.
- McGorry PD. Psychoeducation in first-episode psychosis: a therapeutic process. *Psychiatry* 1995;58:313-28.
- Smith G, Velleman R. Maintaining a family work for psychosis service by recognising and addressing the barriers to implementation. *J Ment Health* 2002;11:471-9.

Kvalitetsudvikling i et distriktspsykiatrisk center, en metode til løbende monitorering

Tværsnitsundersøgelse ved Distriktspsykiatrisk Center Indre Nørrebro

Overlæge Uffe Juul Povlsen†, 1. reservelæge Bettina Søholm & klinikchef Anne Lindhardt

Rigshospitalet, Psykiatrisk Klinik, Afsnit 6212

Resume

Introduktion: I herværende undersøgelsen vises en registreringsmetode, hvis resultater anvendes til identifikation og bedre tilrettelæggelse af behandlingen for særlige patientgrupper i et distriktspsykiatrisk center.

Materiale og metoder: Der blev foretaget en retrospektiv journalbaseret tværsnitsundersøgelse af 273 patienter, som den 7. september 2001 fulgte behandling ved Distriktspsykiatrisk Center Indre Nørrebro, med registrering af demografiske, sociale, diagnostiske og psykopatologiske patientvariable.

Resultater: Der forelå alvorlig grad af psykisk sygdom Clinical Global Impression (CGI) på gennemsnitligt 5,3 og svære funktionssvigt Global Assessment of Functioning (GAF) på 40,2. 78% af patienterne led af skizofreni eller paranoid psykose (ICD-10-diagnose (DF) 20-29). 49% var »svært psykisk syge« (målt ud fra diagnose, funktion og forbrug af sundhedsydelser). 23% havde sidemisbrug af alkohol, medicin eller stoffer. Indvandrere udgjorde 23% mod 14% i lokalbefolkningen. Der var ingen signifikant forskel mellem indvandrere og danskere mht. diagnose og sygdomsgrad. Signifikant færre indvandrere havde misbrugsproblemer. Signifikant flere indvandrere havde aldrig været hospitaliseret. Signifikant flere indvandrere havde hjemmeboende mindreårige børn.

Konklusion: Den anvendte registreringsmetode er enkel, og op-

lysningerne kan danne grundlag for at etablere særlige indsatsområder i et distriktspsykiatrisk center. I samarbejde med Videnscenter for Transkulturel Psykiatri blev der som resultat dannet et subspecialiseret team for patienter med anden etnisk baggrund end dansk.

Opgaverne i et distriktspsykiatrisk center er meget forskellige på grund af stor spredning i sammensætningen af patienterne med hensyn til etnicitet, køn, alder, social baggrund og psykopatologi. Behandlingstilbuddene og tilrettelæggelsen af behandlingen må løbende tilpasses behovene hos den konkrete patientpopulation i et center, og samtidig spiller de ændringer, der sker overordnet i den psykiatriske behandlingsorganisation, en stor rolle. Derfor er der brug for en kontinuerlig overvågning af patientsammensætningen i det enkelte center. De data, der opnås gennem den sædvanlige medicinalstatistik er sjældent tilstrækkelige. Formålet med herværende undersøgelse er at demonstrere anvendeligheden af en enkel metode, hvormed man ud fra simple demografiske og psykopatologiske variable får centrale oplysninger om en patientpopulation i et distriktspsykiatrisk center. Undersøgelsens fokus er at synliggøre behov for særlige indsatsområder i centeret med henblik på optimal allokering af behandlingsressourcerne til relevante områder.

Ved Distriktspsykiatrisk Center Indre Nørrebro (DPCIN) blev der gennemført en tværsnitsundersøgelse af samtlige

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

patienter, som var i behandling den 7. september 2001. Der blev registreret en række demografiske og psykopatologiske variable af relevans for planlægning af behandlingstilrettelæggelsen [1].

Distriktspsykiatrisk Center Indre Nørrebro

DPCIN dækkede optageområdet Indre Nørrebro med 31.000 indbyggere svarende til 6% af indbyggerne i Københavns Kommune. Målgruppen for centeret var patienter med langvarige sindslidelser, med behov for en tværfaglig og tværsektoriel indsats, typisk patienter med skizofreni, paranoide psykoser og skizotypiske sindslidelser samt patienter med svære affektive tilstande og personlighedsforstyrrelser.

På undersøgelsestidspunktet og i årene forud var der til stadighed ca. 300 patienter i behandling i centeret. I gennemsnit havde hver kontaktperson ansvar for 23 patienter (et *case-load* på 1:23). Ca. 110 nye patienter blev taget i behandling hvert år, og et lignende antal fik behandlingen afsluttet. Der var tre læger knyttet til centret. Der var et tæt og formaliseret samarbejde med Videnscenter for Transkulturel Psykiatri. Dette center, som er hjemmehørende ved Psykiatrisk Klinik Rigshospitalet, har en landsdækkende formidlingsopgave og blev etableret som et led i den statslige psykiatriaftale i 2001.

Bydelen Nørrebro var hvad angår boligmæssige, sociale og sundhedsmæssige forhold en af de mest belastede i Københavns Kommune med en klar overrepræsentation af sindslidende. 75% af de over 18-årige borgere boede alene, ca. 50% var på overførselsindkomster, og 14% var udenlandske statsborgere [2].

På baggrund af herværende undersøgelses resultater blev centret omstruktureret, idet et særligt behandlerteam blev etableret med henblik på udredning og behandling af patienter med indvandrerbaggrund. Samarbejdet med Videnscenter for Transkulturel Psykiatri blev udbygget.

Materiale og metoder

Undersøgelsen er en tværnsnitsundersøgelse foretaget af centrets tre læger ved en retrospektiv gennemgang af journalerne på alle patienter, der havde et igangværende behandlingsforløb den 7. september 2001. Det drejede sig om 273 patienter. Der blev udarbejdet en skabelon, og på baggrund af denne blev der ud fra journaloplysninger registreret en række demografiske, sociale, diagnostiske og psykopatologiske patientvariable, herunder etnisk baggrund (indvandrere blev defineret som en person, der var født i udlandet og hvis forældre begge var udenlandske statsborgere eller født i udlandet), netværk og hjemmeboende mindreårige børn (børn under 15 år). Social funktionsbedømmelse blev målt ved Global Assessment of Functioning (GAF) [3], som blev foretaget ved en konkret vurdering af kontaktlæge og kontaktperson i forbindelse med undersøgelsen. GAF er en skala, hvormed man angiver et overordnet mål for en persons funktion på et kontinuum fra total funktion på alle sociale områder (100) til total social

hjelpelessness [1]. Skalaen er kontinuerlig fra 1 til 100. Der bedømmes inden for en bestemt periode, hvor den højeste funktion inden for denne periode angives. I herværende undersøgelse af ambulante patienter er der valgt en seks månedersperiode. I manualen til skalaen beskrives, hvilke sociale funktioner herunder kontaktførelse, adfærd, arbejds- og fritidsliv der skal være ramt, for at man opnår en bestemt score. Som led i undersøgelsen blev bedømmelsen for hver enkelt patient foretaget af dennes kontaktlæge sammen med kontaktpersonen. Skalaen er velvalideret og anvendes hyppigt i bedømmelse af psykisk syges sociale funktionsevne. Værdier under 50 vil typisk være tegn på alvorlig funktionsnedsættelse, der kræver en såvel sundhedsfaglig som socialfaglig indsats. Sygdomsgrad blev registreret på en global syvpunktskala, Clinical Global Impression (CGI) [4], hvor 0 er lig med ingen mental sygdom, og 6 er lig med »blandt de mest alvorligt syge patienter«. Også her foregik bedømmelsen ved, at en kontaktlæge og en kontaktperson konkret vurderede mindste grad af sygdom inden for de seneste seks måneder. Endvidere blev der udarbejdet et indeks for forbrug af psykiatriske senge, baseret på udtræk fra Grønt System (GS). CGI og GAF blev samratet af centerets læger gennem en række eksempler. Begrebet »svært psykisk syg« blev defineret ved undersøgelsen efter kriterierne for målgruppen for Opsøgende Psykose-team [5], dvs. en psykosediagnose kombineret med enten aktuelt sidemisbrug eller mindst fire indlæggelser eller 50 indlæggelsesdage inden for de seneste to år.

Statistisk analyse blev foretaget i SPSS med χ^2 -test og Mann-Whitneys test.

Resultater

Den totale patientgruppe

I undersøgelsen indgik 273 patienter med en gennemsnitsalder på 44,3 år fordelt på 52% mænd og 48% kvinder (Tabel 1). Patientgruppen som helhed var præget af en alvorlig grad af psykisk sygdom med CGI på gennemsnitligt 5,3 svarende til »meget udtalt sygdomsgrad« og GAF på gennemsnitligt 40,2 svarende til større funktionssvigt på adskillige områder.

78% havde en DF 20-29 diagnose, dvs. skizofreni og paranoide psykoser (Tabel 1). 49% af patienterne rubriceredes som »svært psykisk syge«, mens 23% på undersøgelsestidspunktet havde et sidemisbrug af enten alkohol, medicin eller euforiserende stoffer. 51% fik administreret medicin i centerets medicinambulatorium. 23% levede i en beskyttet boform i (psykiatrisk bofællesskab, beskyttet bolig eller på plejehjem).

Gruppen af indvandrere versus danskere

Indvandrere udgjorde 23% af den totale patientgruppe. De var yngre end gruppen af danskere ($p = 0,014$). Sygdomsgrad og socialfunktion målt ved CGI og GAF var identiske for de to grupper. Der var ingen signifikant forskel i den diagnostiske fordeling. Ej heller i oplysninger om netværk. Der var signifikant flere danskere end indvandrere med misbrugsproblemer.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 1. Fordeling af patienter ved Distriktspsykiatrisk Center Indre Nørrebro samt fordeling af danskere og indvandrere mht. køn, alder, Clinical Global Impression (CGI), Global Assessment of Functioning (GAF), diagnose, psykosediagnose, sidemisbrug, diagnosekriteriet »svært psykisk sygdom« (defineret som tilstedeværelse af psykosediagnose og aktuelt sidemisbrug og/eller mindst fire indlæggelser eller indlæggelser i mere end 50 dage inden for de seneste to år) samt netværk, beskyttet boform, hjemmeboende mindreårige børn, medicinadministration og indlæggelsesmønster.

	Alle		Danske		Indvandrere		Danske vs. indvandrere
	n	%	n	%	n	%	
Alle	273	100	211	100	62	100	–
Mænd	143	52	107	51	36	58	ns
Kvinder	130	48	104	49	26	42	–
Alder, middel	44,3 år	–	45,5 år	–	40,3 år	–	p = 0,014 ^a
CGI, middel	5,3	–	5,3	–	5,2	–	ns
GAF, middel	40,2	–	40,2	–	40,8	–	ns
DF 00-09	3	1	2	1	1	2	ns
DF 20-29	212	78	165	78	47	76	ns
DF 30-39	40	15	28	13	12	19	ns
DF 50-59	2	1	2	1	0	0	ns
DF 60-69	16	6	15	7	1	2	ns
Psykosediagnose	227	83	174	82	53	85	ns
Minus psykosediagnose	46	16	37	18	9	15	–
Intet misbrug	140	51	99	47	41	66	p = 0,008 ^b
Aktuelt misbrug	64	23	53	25	11	18	ns
Tidligere misbrug	69	25	59	28	10	16	ns
Svært psykisk sygdom	133	49	104	49	29	47	ns
Netværk begrænset	127	47	98	46	29	47	ns
Netværk nogenlunde	105	38	86	41	19	31	ns
Netværk godt	41	15	27	13	14	23	ns
Beskyttet boform	64	23	55	26	9	15	ns
Ingen beskyttet boform	209	77	156	74	53	85	ns
Hjemmeboende mindreårige børn	39	14	17	8	22	35	p < 0,001 ^b
Ingen hjemmeboende mindreårige børn	234	86	194	92	40	65	–
Medicinadministreret	139	51	105	50	34	55	ns
Medicinselvadministration	134	49	106	50	28	45	–
Ingen indlæggelser	29	11	15	7	14	23	p = 0,001 ^b
1-3 indlæggelser eller < 50 dage i de seneste 2 år	39	14	27	13	12	20	ns
≥ 4 indlæggelser eller ≥ 50 dage i de seneste 2 år	134	49	106	50	28	45	ns
Indlæggelser > 2 år	71	26	63	30	8	13	ns

DF = ICD-10-diagnose; ns = nonsignifikant; a) Mann-Whitneys test; b) χ^2 -test.

Indlæggelsesmønster i gruppen af indvandrere og danskere

49% af alle patienter havde inden for de seneste to år haft mindst fire indlæggelser eller mere end 50 indlæggelsesdage. Det drejede sig om 50% af den danske population og 45% af indvandrerpopulationen. Forskellen var ikke signifikant. 23% indvandrere og 7% danskere havde på undersøgelsestidspunktet aldrig været indlagt (p = 0,001). Af disse havde flere indvandrere end danskere en psykosediagnose (p = 0,011), overvejende skizofreni (p = 0,035). Der var således signifikant flere indvandrere med psykosediagnose og samme grad af sygdom og funktionsvigt end danskere, som aldrig havde været indlagt.

Gruppen af patienter med hjemmeboende mindreårige børn

14% af den totale patientgruppe havde hjemmeboende mindreårige børn (Tabel 2). Gruppen var bedre fungerende end den øvrige patientgruppe med gennemsnitlig CGI på 4,8 (p = 0,003) og en gennemsnitlig GAF-score på 47,4 (p = 0,003). Selv om de således var bedre fungerende end resten af patientpopulationen, var de dog prægede af betydelige funktionsvigt og alvorlig psykopatologi.

Færre patienter med hjemmeboende børn end øvrige patienter havde en psykosediagnose (hhv. 69% og 85%, p = 0,012). En tredjedel af patienterne med hjemmeboende børn opfyldte kriteriet for »svær psykisk sygdom«. Flere patienter med hjemmeboende mindreårige børn end øvrige patienter havde aldrig haft misbrugsproblemer (hhv. 72% og 48%, p = 0,006). En enkelt patient havde misbrugsproblemer på undersøgelsestidspunktet. Der var signifikant flere patienter med hjemmeboende mindreårige børn end øvrige patienter, der havde et godt netværk (hhv. 46% og 10%, p < 0,001) og tilsvarende færre med et begrænset netværk (hhv. 13% og 52%, p < 0,001). Ingen patienter med hjemmeboende mindreårige børn boede i beskyttet boform (p < 0,001).

Patienter med hjemmeboende mindreårige børn

Sammenligning mellem indvandrere og danskere

Signifikant flere indvandrere end danskere havde hjemmeboende mindreårige børn (hhv. 35% og 8% p < 0,001). Der var signifikant flere patienter i gruppen af indvandrere med hjemmeboende mindreårige børn, som aldrig havde været indlagt, end i gruppen af danskere på trods af næsten identisk sygdomsgrad og funktionsniveau bedømt med GAF og CGI.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Disse patienter fik i højere grad administreret deres medicin via centeret ($p = 0,026$).

Diskussion

Princippet om at omstille behandlingsorganiseringen fra overvejende sengebaserede tilbud til ambulante tilbud har i en årrække været gældende inden for hele sundhedsvæsenet inklusive psykiatrien, senest udmøntet i psykiatriplanen for Region Hovedstaden [6]. En række kvalitetsudviklingsinitiativer i distriktspsykiatrien afspejler dette [7-12].

Tværsnitsundersøgelsen viser, at DPCIN havde en kerne-målgruppe af resursekrævende patienter med svære, langvarige sindslidelser og dårlig social funktion. Indvandrere udgjorde en relativt stor andel af patienterne (23%) i forhold til indvandrerpopulationen på Indre Nørrebro (14%). Ved at sammenligne indvandrere med danskere konstateredes det, at der var en ensartet kønsfordeling, de fejlede det samme (ensartet diagnosefordeling) og havde samme grad af funktionstab; men indvandrerne var mindre misbrugende og flere havde hjemmeboende mindreårige børn end danskerne. Mest markant var imidlertid fundet af, at indvandrerne i langt min-

dre grad end danskerne blev indlagt og i stedet udelukkende blev behandlet i distriktspsykiatrien. Den høje hyppighed af indvandrere, der havde behov for hjælp til medicinadministration, kan meget vel hænge sammen med dette. Der var ingen forskel på graden af netværk mellem indvandrere og danskere, men - ikke overraskende - havde patienter med hjemmeboende børn et signifikant bedre netværk end patienter uden hjemmeboende børn. Skizofreni, som hovedparten af patienterne fejlede, har ofte en tidlig debutalder og medfører alvorlig tab af social funktionsevne. Det er derfor ikke mærkeligt, at det var de bedst fungerende, der havde stiftet familier, havde hjemmeboende børn og sammenhængende hermed havde et bedre netværk. Komorbidity misbrug svækker den sociale funktionsevne. Det er svært at vide, om indvandrerne netop pga. det begrænsede misbrug har været bedre i stand til at stifte og forblive i familier, eller om familielivet har beskyttet mod udvikling af misbrug. De kulturelle forskelle og en mulig større tålsomhed i indvandrerfamilierne over for at rumme psykisk lidelse kan også være en betydende faktor. Artiklens førsteforfatter har mundtligt meddelt flere cases med patientforløb, der viste en sådan familær sammen-

Tabel 2. Fordeling af patienter ved Distriktspsykiatrisk Center Indre Nørrebro med hjemmeboende mindreårige børn vs. patienter, som ikke har hjemmeboende mindreårige børn, mht. køn, alder, Clinical Global Impression (CGI), Global Assessment of Functioning (GAF), diagnose, psykosediagnose, sidemisbrug, diagnosekriteriet »svært psykisk sygdom« samt netværk, beskyttet boform, danskere vs. indvandrere, medicinadministration og indlæggelsesmønster.

	Hjemmeboende mindreårige børn		Ingen hjemmeboende mindreårige børn		Statistik
	n	%	n	%	
Alle	39	100	234	100	-
Mænd	17	44	126	54	ns
Kvinder	22	56	108	46	-
Alder, middel	40,8 år	-	44,9 år	-	ns
CGI, middel	4,8	-	5,4	-	$p = 0,003^a$
GAF, middel	47,4	-	39,2	-	$p = 0,003^a$
DF 00-09	0	0	3	1	ns
DF 20-29	26	67	186	79	ns
DF 30-39	10	26	30	13	$p = 0,036^b$
DF 50-59	1	3	1	0	ns
DF 60-69	2	5	14	6	ns
Psykosediagnose	27	69	200	85	$p = 0,012^b$
Minus psykosediagnose	12	31	34	15	-
Intet misbrug	28	72	112	48	$p = 0,006^b$
Aktuelt misbrug	1	3	63	27	$p = 0,001^b$
Tidligere misbrug	10	26	59	25	ns
Svært psykisk syg	13	33	120	51	$p = 0,038^b$
Netværk begrænset	5	13	122	52	$p < 0,001^b$
Netværk nogenlunde	16	41	89	38	ns
Netværk godt	18	46	23	10	$P < 0,001^b$
Beskyttet boform	0	0	62	26	$P < 0,001^b$
Ingen beskyttet boform	39	100	172	74	-
Danskere	17	44	194	83	$p < 0,001^b$
Indvandrere	22	56	40	17	-
Medicinadministreret	17	44	122	52	ns
Medicinselvadministration	22	56	112	48	-
Ingen indlæggelser	8	21	21	9	$p = 0,030^b$
1-3 indlæggelser eller < 50 dage i de seneste 2 år	9	23	30	13	ns
≥ 4 indlæggelser eller ≥ 50 dage i de seneste 2 år	15	38	119	51	ns
Indlæggelser > 2 år	7	18	64	27	ns

DF = ICD-10-diagnose; ns = nonsignifikant; a) Mann-Whitneys test; b) χ^2 -test.

hængskraft. Resultaterne af herværende undersøgelse kan imidlertid ikke give svar på dette.

På baggrund af at den psykiatriske udredning, behandling og opfølgning af patienter, hvis etniske, kulturelle og religiøse baggrund er forskellig fra den danske kultur, er meget resursekrævende og kræver en særlig videns- og erfaringsudvikling, er der således tale om en patientgruppe med behov for en intensiveret behandlingsmæssig og psykoedukativ indsats. Disse forhold understreger samtidig betydningen af ambulant psykiatri som en væsentlig behandlingsindsats og resurse for patientgrupper, der, som det fremgår af resultaterne af denne undersøgelse, i højere grad søger hjælpen »lokalt« i distriktspsykiatrien end under indlæggelse i hospitalssystemet.

Tværsnitsundersøgelsen bidrog til at synliggøre nogle specifikke problemstillinger i distriktscenterets patientpopulation. Samtidig ansporede undersøgelsen til fortsat at monitorere sammensætningen af patientpopulationen med henblik på at anvende de forhåndenværende resurser på relevante problemstillinger, der måske er knapt så synlige i det daglige billede. Det er centralt for al kvalitetsudvikling, at der kan findes et egnet instrument til at monitorere udviklingen ved hjælp af en række lettilgængelige patientvariable, der samtidig har en høj informationsværdi. Hvis sådanne instrumenter bliver for omfangsrige og tidskrævende vil de ofte ikke blive anvendt. På baggrund af denne undersøgelse vurderes det netop, at der er en række områder, hvor der med den nuværende *case-load* kan skjule sig adskillige problemstillinger, som forbliver uopdagede, medmindre dette »operationaliseres« ved hjælp af en metode, som på enkel vis kan implementeres i centerets arbejdsgang. Den i undersøgelsen anvendte metode har vist sig at være simpel og informativ, og man kan ud fra få og let tilgængelige patientdata sikre en lang række basale oplysninger om en patientpopulation, hvilket kan danne grundlag for etablering af særlige indsatsområder i et distriktspsykiatrisk center.

Konklusion

De organisatoriske ændringer, som pågår i psykiatrien i disse år med omfordeling af resurserne til ambulante behandlingstilbud, medfører et øget behov for kvalitetsudvikling af distriktspsykiatrien. Som led i kvalitetsudviklingen er der behov for dokumentation af den distriktspsykiatriske behandling. Denne tværsnitsundersøgelse udgør en enkel metode til beskrivelse af målgruppen i et distriktspsykiatrisk center som led i en kvalitetsudvikling. På baggrund af undersøgelsens resultater ændrede centret sin organisation med etablering af et særligt team til patienter med indvandrerbaggrund for bedre at kunne tilgodese denne gruppes særlige behov og for at opruste personalemedlemmernes viden på dette område. Samtidig intensiveredes samarbejdet med Videnscenter for Transkulturel Psykiatri, hvis overlæge og sygeplejerske herefter fast deltog i visitations- og behandlingsmøder i det transkulturelle team. Endelig kom undersøgelsen til at udgøre et baggrunds-

materiale for etablering af Opsøgende Psykoseteam for Indre Nørrebro i 2004 [5, 6].

Denne undersøgelsen kan ses som forløber for udviklingen af en kvalitetssikringsdatabase for ambulant psykiatrisk behandling, DIPSY [13]. Denne har været undervejs igennem flere år, men er fra den 1. juli 2007 indført som database for al ambulant psykiatri i Danmark.

Der sker hele tiden ændringer i behandlingstilrettelæggelsen, og det er vigtigt for det enkelte center at monitorere målgruppen for løbende at kunne tilpasse behandlingstilrettelæggelsen til de faktiske forhold.

Korrespondance: Anne Lindhardt, Psykiatrisk Klinik, 6212, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: anne.lindhardt@rh.regionh.dk

Antaget: 4. februar 2007
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Povlsen UJ, Sørensen L. Tværsnitsundersøgelse 7. september 2001 for Distriktspsykiatrisk Center Møllegade (Indre Nørrebro). København: Rigshospitalet, 2001.
2. Københavns Kommune, Statistisk Kontor. Folkeregisteropgørelse Københavns bydele. www.sk.kk.dk/Jan 2005.
3. 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;33:766-71.
4. Guy W. Clinical Global Impressions: early clinical drug evaluation unit. I: Assessment manual for psychopharmacology. New York: ECDEU – National Institute of Health, 1976:218-22.
5. Nordentoft M, Vendsborg P. Opsøgende psykoseteam. *Ugeskr Læger* 2000; 162:1197-204.
6. Forslag til psykiatriplan. Hillerød: Region Hovedstaden, 2007.
7. Målsætninger for kvalitet i Distriktspsykiatrien. København: Sundhedsstyrelsen, 1998.
8. Nordentoft M, Kelstrup A, Aggernæs KH et al. God socialpsykiatrisk standard i behandling af unge og voksne med skizofreni. *Ugeskr Læger* 2001;163 (suppl 6).
9. Kvalitetsudvikling. En brugerhåndbog. København: Dansk Psykiatrisk Selskab, 1996.
10. Lindhardt A. Kvalitet i psykiatrisk behandling og organisation. *Ugeskr Læger* 2000;162:1195.
11. Målsætning for kvalitet i Distriktspsykiatrien – status 2000. Aabenraa: Sønderjyllands Amt, Psykiatريفvaltningen, 2000.
12. Vendsborg PB, Garsdal O, Knudsen HC. Metode til kvalitetssikring i et distriktspsykiatrisk center. *Ugeskr Læger* 1998;160:1800-4.
13. DIPSY. Kvalitetssikringsdatabase for ambulant psykiatrisk behandling. Center for Psykiatrisk Grundforskning. <http://psykiatriskgrundforskning.dk/registre/dipsy.html> /juli 2006.