

Incidens af psykisk sygdom i det psykiatriske sygehusvæsen i Nordjyllands Amt og Københavns Kommune

Forskningsassistent Claus Riis Gravesen,
embedslæge Henrik Bøggild, overlæge Jens Tølbøll Mortensen,
statistiker Leslie Foldager & professor Povl Munk-Jørgensen

Århus Universitetshospital, Aalborg Psykiatriske Hospital,
Afdeling for Psykiatrisk Forskning,
Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus,
Socialmedicinsk Enhed,
Embedslægeinstitutionen Nordjyllands Amt, og
Århus Universitetshospital, Center for Psykiatrisk Grundforskning

Resume

Introduktion: I denne artikel beskrives incidensen af førstegangskontakt til det psykiatriske sygehusvæsen i Nordjyllands Amt (NJA) og Københavns Kommune (KK).

Materiale og metoder: I Det Centrale Personregister blev de personer identificeret, der var fyldt 18 år og var bosiddende i NJA eller KK i perioden fra den 1. januar 1994 til den 31. december 2002. I det Psykiatriske Centrale Forskningsregister blev personer med førstegangskontakt til det psykiatriske sygehusvæsen i de to områder fundet.

Resultater: De standardiserede incidensrater af psykiatriske diagnoser var generelt højere i KK end i NJA. For alle diagnoserne var der blandt mænd i KK 37 førstegangskontakter til det psykiatriske behandlingssystem pr. 10.000 personår mod 21 i NJA. Blandt kvinder var der 40 førstegangskontakter i KK mod 26 i NJA. For diagnoser i FO-gruppen var hyppigheden højere i NJA med 6,7 førstegangskontakter pr. 10.000 personår for mænd og 7,3 for kvinder, mod 4,5 for mænd og 3,9 for kvinder i KK. For kvinder med F6-diagnoser var hyppigheden ligeledes højere i NJA end i KK med henholdsvis 2,7 førstegangskontakter pr. 10.000 personår i NJA mod 1,6 i KK. I NJA benyttede man hyppigere (66% i NJA og 59% i KK) ambulant diagnostisering af førstegangskontakter.

Konklusion: Incidensen af psykiatriske diagnoser var højere i byområdet KK end i landområdet NJA. Den højere incidens af FO-diagnoser i NJA kan skyldes forskel i registrering. Registreringsforskelle kan ligeledes forklare, at der i denne undersøgelse totalt set blev stillet flere diagnoser efter ambulant vurdering i NJA end i KK. Vi finder det væsentligt, at der fortsat arbejdes med retningslinjer for registrering af sygdomsbehandlingen i Danmark.

Forekomsten af psykisk sygdom i Danmark er ukendt, men det er estimeret, at i løbet af et år vil ca. 20% af den voksne danske befolkning, svarende til 700.000-800.000 personer, opfylde kriterierne for en veldefineret psykiatrisk lidelse af ikkepsykotisk karakter [1]. Dette tal baseres på estimater fra

udenlandske undersøgelser [2-4]. Tallene er imidlertid behæftet med usikkerhed, særligt for de tilfælde, der behandles i almen praksis. Vi har derfor planlagt en kortlægning af forekomsten af psykiske sygdomme i Danmark på baggrund af data fra flere niveauer af behandlingssystemet i Nordjyllands Amt (NJA) og Københavns Kommune (KK).

Efter overdragelsen af Statshospitalerne til amterne i 1976 [5] og Sundhedsministeriets beslutning i 1989 om at amterne skulle iværksætte en temaplanrunde om psykiatri, hvor hovedvægten skulle lægges på distriktspsykiatri [6], er der op gennem 1990'erne sket en markant omstrukturering af psykiatrien i amterne med nedskæringer i antallet af sengepladser [7] og efterfølgende udbygning af distriktspsykiatrien, blandt andet med henblik på at afinstitutionalisere behandlingen af psykisk sygdom.

I NJA var der i alt 303 sengepladser og 49 dagpladser til en totalbefolkning på 493.816 personer i 1999 [8]. Derudover var der i alt ti distriktspsykiatriske team og et gerontopsykiatrisk team med tilhørende afdeling. I 1999 omfattede H:S's psykiatriske service i KK i alt 951 sengepladser og 12 distriktspsykiatriske centre til en befolkning på 491.082 personer. Det gerontopsykiatriske behandlingstilbud i KK bestod af to sengeafsnit og et dagcenter.

Denne delundersøgelse har til formål at beskrive og sammenligne incidensen af førstegangskontakt til det psykiatriske sygehusvæsen i henholdsvis KK og NJA i perioden fra den 1. januar 1994 til den 31. december 2002. De to områder er valgt med henblik på at gøre den samlede population repræsentativ for Danmarks befolkning.

Materiale og metoder

I Det Centrale Person Register blev alle identificeret, der på et tidspunkt i perioden fra den 1. januar 1994 til den 31. december 2002 havde været bosiddende i NJA eller KK efter det fyldte 18. år. Køn, alder og dato for evt. død for alle personer blev registreret. Disse oplysninger blev sammenkørt med det Psykiatriske Centrale Forskningsregister (PCF) [9], hvorfra der blev tillagt oplysninger om første kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen i perioden fra den 1. januar 1994 til den 31. december 2002. Undersøgelsen blev gennemført i NJA og KK, hvor befolkningen tilsammen udgør 17-18% af den danske befolkning. Den voksne befolkning (personer på 18 år og derover) udgør i alt ca. 880.000 personer, og derved er der søgt at få repræsentation fra såvel landområder som mindre og store byer.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Incidensrater for førstegangskontakt^a til det hospitalsbaserede psykiatriske behandlingssystem for personer fyldt 18 år i Nordjyllands Amt og Københavns Kommune i perioden 1994-2002. Pr. 10.000 personår, aldersstandardiseret.

Diagnosehierarki ^b	Københavns Kommune				Nordjyllands Amt			
	mænd	95% konfidens-interval	kvinder	95% konfidens-interval	mænd	95% konfidens-interval	kvinder	95% konfidens-interval
F0 Organisk lidelse	4,5	4,1-4,8	3,9	3,7-4,2	6,7	6,3-7,1	7,3	6,9-7,6
F2 Skizofreni	2,5	2,2-2,7	2,5	2,3-2,7	1,4	1,2-1,6	1,5	1,3-1,7
F21-29 Skizotypisk m.m	0,4	0,3-0,4	0,3	0,2-0,3	0,1	0,06-0,2	0,1	0,03-0,1
F30 og F31 Mani og bipolar	0,3	0,2-0,4	0,3	0,2-0,4	0,2	0,1-0,2	0,3	0,2-0,3
Øvrige F3 Depression m.m	3,3	3,0-3,6	4,9	4,6-5,1	1,7	1,5-1,9	3,2	2,9-3,5
F4 Nervøsitet og stress	6,0	5,7-6,3	9,1	8,7-9,5	2,7	2,5-3,0	4,6	4,3-5,0
F6 Personlighedsforstyrrelse	1,6	1,4-1,7	1,6	1,5-1,8	1,4	1,2-1,6	2,7	2,4-3,0
F1 Misbrug	5,7	5,3-6,0	2,5	2,3-2,8	1,7	1,5-1,9	0,8	0,7-1,0
Øvrige Resten af F-gruppen	10,7	10,2-11,1	8,3	7,9-8,7	5,1	4,8-5,5	4,3	4,0-4,6
Alle diagnoser	37,2	36,5-38,0	40,3	39,5-41,0	21,0	20,3-21,6	26,5	25,8-27,2

a) Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister og Det Centrale Person Register.

b) Baseret på International Classification of Diseases (ICD-10).

For den første kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen blev startdatoen registreret. Det blev kontrolleret, at personen ikke tidligere havde været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen i Danmark. På baggrund af hospitalskoden blev det samtidig kontrolleret, at sygehuset var placeret i det amt, hvor personen havde bopæl, idet indlæggelser i andre amter ikke indgik. Kun personer, der havde første kontakt mellem den 1. januar 1994 og den 31. december 2002 indgik. Desuden blev patienttype, hospitalskode og diagnoser registreret.

På baggrund af udskrivningsdiagnosen, der blev kodet efter ICD-10, blev der konstrueret et diagnosehierarki, hvor patienterne blev registreret efter afsluttet behandling. Denne hierarkiske inddeling er ofte blevet benyttet i præsentationer af denne type data, ligeledes er det denne inddeling, der benyttes i PCF. Hierarkiet bestod af: F0 (organiske lidelser), F2 (skizofreni), F21-29 (skizotypisk sindslidelse, paranoid psykoser, akutte og forbigående psykoser og skizoaffektive psykoser), F30 og F31 (maniske enkeltepisoder og bipolar affektiv sindslidelse), F3 øvrige (depressiv enkeltepisode, tilbagevendende depression, vedvarende affektive tilstande, andre affektive sindslidelser eller tilstande og affektiv uspecificeret sindslidelse), F4 (fobiske angsttilstande), F6 (forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd), F1 (psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af multiple eller af andre psykoaktive stoffer), øvrige (adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer, mental retardering, psykiske udviklingsforstyrrelser, adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen eller ungdommen og psykisk lidelse eller forstyrrelse, der ikke på anden måde er specificeret) [10]. Aldersstandardiserede incidensrater for førstegangskontakt nogensinde, ambulante eller ved indlæggelse, blev beregnet. Alders- og kønsstandardiseret incidensrateratio (IRR) for førstegangskontakt blev beregnet for KK i forhold til NJA, med tilhørende 95% konfidensinterval (KI) med Mantel-Haenszel-metoden. Ligeledes blev den

procentvise fordeling af behandlingsforløb for ambulante og indlagte patienter i de to områder beregnet, og forholdet mellem kontakter med ambulante og indlagte patienter blev præsenteret med odds-ratio (OR), justeret for køn og alder, med tilhørende 95% KI. Psykiatriske skadestue-kontakter blev ikke analyseret. Til statistiske beregninger blev der benyttet Stata-version 8.2.

Resultater

De aldersstandardiserede incidensrater (IR) af psykiatriske diagnoser var generelt højere i KK end i NJA (Tabel 1). Dette var dog ikke gældende for diagnosegruppen F0 (organiske lidelser), hvor raterne var højest i NJA for både mænd og kvinder, og for F6-diagnosegruppen (personlighedsforstyrrelse), hvor IR var højere for kvinder i NJA end i KK. I begge geografiske områder var der flere kvinder med diagnoser inden for øvrige F3 (depression), F4 (nervøsitet og stress) og F6 (personlighedsforstyrrelse). I NJA var kvinderne derudover hyppigere repræsenteret i F0 (organiske lidelser) og i F30 og F31 (mani og bipolar lidelse).

Forskellen mellem de to geografiske områder beskrives i Tabel 2. Tabellen viser, at der blev næsten dobbelt så hyppigt stillet en diagnose i F0-gruppen (organisk lidelse) for en person i NJA end for en person af samme alder og køn i KK. Det samme var gældende for F6-diagnoserne (personlighedsforstyrrelse), hvor der i ca. 20% flere tilfælde blev stillet en diagnose for en person i NJA end for en person i KK. For de øvrige diagnoser var forholdet omvendt: Sandsynligheden for at få stillet en skizofrenidiagnose (F2) var knap 80% større i KK og en skizotypisk diagnose (F21-29) eller en misbrugsdiagnose (F1) over tre gange så hyppigt som i NJA.

Totalt set blev der stillet statistisk signifikant flere diagnoser i ambulante udredningsforløb i NJA end i KK, 66% i NJA mod 59% i KK. Dette skyldes demens og andre organiske psykiatriske sygdomme (F0), hvor diagnosen var stillet i et ambulante

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 2. Incidensrateratioer blandt personer fyldt 18 år i Københavns Kommune og i Nordjyllands Amt. Førstegangskontakt til det hospitalsbaserede psykiatriske behandlingssystem i perioden 1994-2002, fordelt på diagnose. Alders- og kønsstandardiseret.

Diagnose	Incidens-rateratio	95% konfidens-interval
F0 Organisk lidelse	0,6	0,5-0,6
F2 Skizofreni	1,8	1,6-2,0
F21-29 Skizotypisk m.m.	3,1	2,1-4,6
F30 og F31 Mani og bipolar	1,5	1,1-2,0
Øvrige F3 Depression m.m.	1,6	1,5-1,8
F4 Nervøsitet og stress	2,0	1,9-2,2
F6 Personlighedsforstyrrelse	0,8	0,7-1,0
F1 Misbrug	3,3	3,0-3,7
Øvrige: Resten af F-gruppen	2,0	1,9-2,1
Alle diagnoser	1,6	1,6-1,7

forløb i 86% af alle førstegangskontakter i NJA mod 39% i KK. Det modsatte gjorde sig gældende for øvrige F3-diagnoser (depression), F4-diagnoser (nervøsitet og stress) og øvrige diagnoser (Tabel 3).

Diskussion

Denne undersøgelse viser, at incidensen af psykiatriske diagnoser var højere i byområdet KK end i landområdet NJA. Samme resultat ses også i udenlandske forskningsprojekter, hvori man sammenligner forekomsten af psykiatriske diagnoser i by og land [11-13], det skyldes formentlig en tendens til, at personer med svære psykoser eller misbrug søger til storbyer. Dette selektionsfænomen vil have indflydelse på resultaterne.

I denne undersøgelse var der dog en højere forekomst af F0-diagnoser (organiske lidelser) i NJA end i KK. Der findes ingen tidligere undersøgelser, hvori man har fundet, at forekomsten af organiske lidelser (F0), som i overvejende grad udgøres af demenslidelser, er større i landområder end i byområder. Denne undersøgelse viser desuden, at der er forskel i

omfanget af ambulante diagnosticering, således at der totalt set blev stillet flere diagnoser efter ambulante vurdering i NJA end i KK. Det hænger formentlig sammen med forskelle i organiseringen af sygehushospitaler i de to områder.

Tilsvarende kan forskelle i organiseringen af sundhedsvæsenet være en af årsagerne til, at det i denne undersøgelse blev fundet, at der var flere personer med organiske lidelser i NJA end i KK. Der var i KK indgået en lokalaftale om, at de praktiserende læger kunne foretage udredning og diagnosticering af demens med særlig honorering herfor. I en del tilfælde ville det derfor formentlig være den praktiserende læge, der foretog den indledende udredning [14] af patienter, hos hvem man havde mistanke om demens, hvorfor aktiviteten ikke blev registreret i Landspatientregistret. Selv om den demente patient efterfølgende blev indlagt, ville det typisk ske på andre afdelinger end de psykiatriske eller gerontopsykiatriske, hvorfor diagnosen ikke ville blive registreret i PCF. Denne undersøgelse kunne have været styrket, hvis Landspatientregisteret havde været inddraget. Derved ville det have været muligt at undersøge, om forskellen i F0-diagnoser skyldtes organiseringsforskelle.

Forskel i kodepraksis kan ligeledes være en medvirkende årsag til forskelle i hyppigheden af ambulante diagnosticeringer. Der blev f.eks. i 2001 etableret en åben psykiatrisk skadestue i NJA, og de personer, der i NJA efterfølgende har været i kontakt med skadestuen, er registreret med koden for ambulante undersøgelser og ikke med koden for skadestuepatienter. Dette har medført, at det i denne undersøgelse var nødvendigt at benytte hospitalskoderne til at definere personer som skadestuepatienter i NJA. Uden kendskab til denne kodepraksis ville de personer, der blev diagnosticeret på skadestuen, blive registreret som ambulante patienter. I analyserne blev ambulante registreringer med hospitalskoden for skadestuen ekskluderet.

Selv om der netop for de psykiatriske diagnoser i F-kapitlet i ICD-10 findes officielle diagnosekriterier [11] og dermed som udgangspunkt en større grad af ensartethed i de stillede diagnoser, kan der være forskel på baggrunden for en specifik

Tabel 3. Ambulant diagnosticering. Odds-ratio mellem ambulante kontakter og indlagte patienter i Københavns Kommune i forhold til Nordjyllands Amt, fordelt på diagnosegrupper blandt personer fyldt 18 år med førstegangskontakt til det hospitalsbaserede psykiatriske behandlingssystem i perioden 1994-2002. Justeret for køn og alder.

Diagnose	Københavns Kommune		Nordjyllands Amt		Odds-ratio	95% konfidens-interval
	antal	ambulant %	antal	ambulant %		
F0 Organisk lidelse	1.421	39	2.550	86	0,11	0,1-0,13
F2 Skizofreni	1.311	36	636	39	0,8	0,7-1,0
F21-29 Skizotypisk m.m.	232	65	42	76	0,6	0,3-1,4
F30, F31 Mani og bipolar	146	20	99	26	0,8	0,4-1,4
Øvrige F3 Depression m.m.	1.811	57	1.158	51	1,2	1,0-1,4
F4 Nervøsitet og stress	2.649	69	1.572	60	1,4	1,2-1,6
F6 Personlighedsforstyrrelse	954	73	908	77	0,8	0,7-1,0
F1 Misbrug	1.318	23	603	27	0,8	0,6-1,0
Øvrige: Resten af F-gruppen	2.449	91	738	81	1,8	1,4-2,3
Total	12.291	59	8.306	66	0,7	0,7-0,8

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

diagnose stillet i NJA og KK, idet de diagnostiske kriterier i mange tilfælde omfatter tolkninger af symptomer. I de kommende udgaver af ICD vil der være mere fokus på netop validiteten af diagnoserne [15].

I denne undersøgelse fandt vi, at der i NJA var 2,68 kvinder pr. 10.000 personår med nydiagnosticerede personlighedsforstyrrelser (F6), mod 1,63 i KK. F6-diagnoserne er placeret lavt i hierarkiet, og diagnosen har en lav pålidelighed [16], hvilket gør det svært at tolke dette resultat i undersøgelsen, idet det kan være udtryk for forskelle i diagnosticeringspraksis mellem sygehusene.

Der kan være store økonomiske gevinster ved at benytte registerdata i forbindelse med forskning, og det er forholdsvis nemt at få store mængder data fra store populationer. Der er dog, som undersøgelsen her viser, en del forbehold, som skal tages i betragtning ved tolkningen af resultaterne, herunder fejl under registrering, forskelle i registreringspraksis, forskelle i diagnosekodning og lignende.

Hvis oplysningerne i registrene benyttes ukritisk, vil resultaterne ikke afspejle den virkelighed, som undersøgelsen søger at beskrive. Dette betyder, at registreringen af diagnoser og andre koder løbende må evalueres, valideres og beskrives. Dette arbejde skal foretages både centralt og i særdeleshed også ude i de forskellige organisationer. Det er af afgørende betydning for kvaliteten af registerdata, at der, selv på den mindste afdeling, er en bevidsthed om det, der bliver registreret, og en forståelse af konsekvensen af, hvad der registreres og hvordan. Det har måske ikke konsekvens for den enkelte afdeling og dens hverdag, men det får en konsekvens, når de overordnede beslutninger skal træffes. Derved står det klart, at der centralt fra skal foreligge retningslinjer for registrering, som kan være med til at styrke validiteten af registreringen på trods af, at organisationerne kan være meget forskelligt opbygget.

Indsamlingen af data om specifikke sygdomme kan foruden at skabe grundlag for administration og forskning medføre, at der skabes opmærksomhed på forskelle på tværs af forvaltninger, geografi og organisationer. Analyser af forskellene kan dermed danne grundlag for udveksling af erfaringer og dermed udvikling, og det er ikke mindst et redskab til at sikre en løbende overvågning af kvaliteten af diagnostik og behandling. Derfor er det også væsentligt, at der arbejdes videre med fastsættelse af retningslinjer for registrering af sygdomsbehandlingen i Danmark.

Korrespondance: *Claus Riis Gravesen*, Forskningsenheden, Aalborg Psykiatriske Hospital, DK-9000 Aalborg. E-mail: chj@psyk.nja.dk

Antaget: 13. juni 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: Vi takker overlæge *Kristen Kistrup*, H:S Direktionen, for hans hurtige respons og hjælp i forbindelse med besvarelser af spørgsmål til denne artikel og for hans bidrag af materiale.

Litteratur

1. Dansk Psykiatrisk Selskab. Behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. København: Dansk Psykiatrisk Selskab, 2001.
2. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
3. Bijl RV, Ravelli A, van ZG. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:587-95.
4. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders. London: Tavistock/Routledge, 1999.
5. Sundhedsministeriet. Lov nr. 328. Lov om statshospitalernes overførelse til Amtskommunerne af 26/06/1975.
6. Sundhedsministeriet. 90'ernes psykiatri. København: Sundhedsministeriet, 1992.
7. Munk-Jørgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249:136-43.
8. Nordjyllands Amt. Forslag til Masterplan. Aalborg: Nordjyllands Amtsråd, 1999.
9. Munk-Jørgensen P, Mortensen PB. The Danish Psychiatric Central Register. *Dan Med Bull* 1997;44:82-4.
10. World Health Organisation. WHO ICD-10, 1. udgave, 10 reviderede oplag. Århus: Psykiatrisk Hospital i Århus: WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, 2003.
11. Sundquist K, Frank G, Sundquist J. Urbanisation and incidence of psychosis and depression: follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. *Br J Psychiatry* 2004;184:293-8.
12. Allardyce J, Boydell J, van OJ et al. Comparison of the incidence of schizophrenia in rural Dumfries and Galloway and urban Camberwell. *Br J Psychiatry* 2001;179:335-9.
13. Bijl RV, Ravelli A, van ZG. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:587-95.
14. Sundhedsforvaltningen. Redegørelse om demens. København: Sundhedsforvaltningen, 2003.
15. Üstün TB. WHO perspectives on international classification. *Psychopathology* 2002;35:62-6.
16. Bertelsen A. Diagnosticering inden for psykiatrien. *Psykiatri en grundbog*. København: Munksgaard, 1998:45-56.