

# Behandlingsvarighed i psykiatrisk speciallægepraksis

Speciallæge Bodil Brændgaard Andersen,  
speciallæge Kirsten J. Gormsen,  
speciallæge Bjarne Lund Christensen &  
professor Povl Munk-Jørgensen

Psykiatrisk speciallægepraksis, Roskilde,  
Psykiatrisk speciallægepraksis, Aalborg,  
Psykiatrisk speciallægepraksis, Randers, og  
Århus Universitetshospital, Aalborg Psykiatriske Hospital,  
Enheden for Psykiatrisk Forskning

## Resume

**Introduktion:** Formålet med studiet var at undersøge behandlingsvarighed og uaftalt behandlingsophør i psykiatrisk speciallægepraksis.

**Materiale og metoder:** I undersøgelsen analyseres data fra den kliniske database Quality Assurance in Danish Private Psychiatric Practice (QAD3P), der blev oprettet i 1996 for interesserede praktiserende speciallæger i psykiatri. Databasen indeholder nu informationer om ca. 40.000 patientforløb. I nærværende undersøgelse blev der benyttet oplysninger om 6.067 behandlingsforløb fra ti psykiatrisk praktiserende speciallæger, der har deltaget i kvalitetssikringsdatabasen kontinueret i perioden 1998-2002.

**Resultater:** Depressioner, angstsygdomme og personlighedsforstyrrelser udgjorde 82% af de behandlede tilstande. Behandlingsvarigheden er længst for de (få) patienter med skizofrenispektrum-sygdomme (33,4% blev behandlet i mere end 12 måneder) og kortest for personer med personlighedsforstyrrelser (69,2% afsluttede behandlingen inden for seks måneder). Uaftalt afslutning prædikeres (ved logistisk regression) af patientens køn (mand) odds-ratio (OR) 1,31, 95% konfidensinterval (KI), 1,15-1,48 og alder  $\leq$  44 år: OR 2,49, 95% KI, 2,21-2,81.

**Konklusion:** En stor del af patienterne (ca. 25%) afsluttede behandlingen uaftalt. Årsagen hertil er ikke kendt, men er sammenhængende med især patientens alder (ung alder) og køn (mand).

De praktiserende speciallæger i psykiatri udgør i dag et væsentligt behandlingstilbud i dansk psykiatri. Fra 1970'ernes midte til begyndelsen af 1990'erne foreligger der syv undersøgelser fra psykiatrisk speciallægepraksis, fire fra enkeltmandspraksis i henholdsvis Århus og Odense [1-4], en fra Fyns Amt [5], en fra Roskilde Amt [6] og den seneste, fra 1992, fra Københavns Kommune [7]. Siden disse undersøgelser er foretaget, er de organisatoriske forhold for psykiatrien ændret; der er nedlagt sengepladser, der er oprettet distriktpsychiatriske centre, og der er flere speciallæger i psykiatrien. Det må derfor antages, at behandlingstilbuddet er ændret. I de danske undersøgelser fra 1980'erne (omtalt ovenfor), hvor man be-

nyttede diagnosesystemet International Classification of Diseases (ICD)-8, varierede den diagnostiske fordeling i psykiatrisk speciallægepraksis ganske betydeligt, hyppigheden af affektive diagnoser varierede fra 8% til 25%, neuroser fra 16% til 60% og i en enkelt undersøgelse blev der fundet 31,6% karakterneuroser (denne diagnose kan have fællestræk med personlighedsforstyrrelse, som de diagnosticeres efter ICD-10).

Fra USA, Canada og Frankrig foreligger der enkelte undersøgelser fra psykiatrisk speciallægepraksis, der viser, at diagnosemønstret varierer fra 25% til 54% for affektive sygdomme, fra 12% til 33% for angstlidelser og fra 10% til 40% for personlighedsforstyrrelser [8-11].

En opgørelse fra slutningen af 1990'erne udført ved den monitoreringsdatabase, der også danner grundlag for nærværende undersøgelse, viste, at den diagnostiske fordeling svarer til fordelingen i de tidligere nævnte undersøgelser, idet ca. 30% havde affektive lidelser, ca. 30% havde angstlidelser og ca. 25% havde en personlighedsforstyrrelse efter ICD-10 [12].

I Danmark behandles omkring 43.000 patienter om året i psykiatrisk speciallægepraksis (2001: n = 43.470) [13]. Til sammenligning behandlede ca. 86.000 patienter i det danske psykiatriske sygehusvæsen i 2002, heraf blev ca. 60.000 behandlet udelukkende ambulante, inklusive i de forskellige distriktpsychiatriske organiseringer. I samme år blev ca. 25.000 behandlet under indlæggelse [14].

I Danmark fungerer nu 100-110 psykiatere i fuldtidspraksis (2001: n = 106) mod ca. halvdelen for 20-30 år siden [2] og 35-40 i deltidspraksis (2001: n = 43), alle med overenskomst med Sygesikringen [13].

Det er på baggrund af ovenstående relevant at undersøge behandlingsmønstret i psykiatrisk speciallægepraksis efter de seneste 10-20 år, der har været præget af store organisatoriske forandringer i psykiatrien.

I dette arbejde undersøges behandlingsvarighed i psykiatrisk speciallægepraksis og ikkeaftalt behandlingsophør.

## Materiale og metoder

En gruppe praktiserende speciallæger i psykiatri etablerede i 1996 i samarbejde med den daværende Afdeling for Psykiatrisk Demografi ved Psykiatrisk Hospital i Århus en klinisk database Quality Assurance in Danish Private Psychiatric Practice (QAD3P). Formålet med denne database er at foretage en løbende kvalitetssikring af behandlingen, og at den kan danne grundlag for forskning i psykiatrisk speciallægepraksis [12]. Fra den 1. januar 1996 til den 31. december 2004 har årligt ca. 18 fuldtidspraktiserende psykiatriske speciallæger deltaget i projektet. I alt 34 har deltaget siden etableringen

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1 Andel af afsluttede og uafsluttede behandlingsforløb ved afslutningen af 2002 fordelt på diagnoser.

Diagnose	Uafsluttede behandlingsforløb		Asluttede behandlingsforløb						Total n
			aftalt afslutning		uafalt afslutning		andet <sup>a</sup>		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
F0, demens og andre organiske lidelser	24	12,1	127	63,8	20	10,1	28	14,1	199
F1, misbrug	4	2,3	108	61,7	58	33,1	5	2,9	175
F20-21, skizofreni og skizotypi	17	13,4	66	52,0	30	23,6	14	11,0	127
F22-23, andre psykoser	10	10,4	43	44,8	28	29,2	15	15,6	96
F31, bipolar lidelse	26	22,4	48	41,4	26	22,4	16	13,8	116
F32, enkelt depressiv episode	38	4,8	492	62,4	207	26,3	51	6,5	788
F33, periodisk depression	85	10,9	520	66,7	125	16,0	50	6,4	780
F3, øvrige depressive lidelser	20	8,0	150	60,2	69	27,7	10	4,0	249
F4, nervøse og stressrelaterede lidelser	110	5,5	1.368	68,4	481	24,1	41	2,1	2.000
F5, adfærdsændring	5	3,7	88	65,2	37	27,4	5	3,7	135
F6, personlighedsforstyrrelser	44	3,1	886	63,2	417	29,7	55	3,9	1.402
Andre psykiske lidelser	9	2,3	297	75,8	75	19,1	11	2,8	392
I alt	392		4.193	64,9	1.573	24,4	301	4,7	6.459

a) Indlagt på sygehus, død og »andet«.

i 1996. Deltagere kan påbegynde indberetning den 1. januar og binder sig til deltagelse i hele år med afslutning den 31. december.

Alle behandlingsforløb registreres med henvisningstidspunkt, hvorfra der er henvist, dato for behandlingsstart, samtlige ydelser, afslutningsmåde, dato for afslutning og diagnose. Statistikker udfærdiget på baggrund af monitoreringen afrapporteres til deltagerne en gang om året, dels egne statistikker, dels gennemsnit for alle deltagere. Deltagerne mødes to gange årligt til løbende kvalitetsudvikling blandt andet efter auditmetoden. Der foretages løbende undervisning i diagnostik efter ICD-10-forskningskriterier.

Nærværende undersøgelse er baseret på data fra QAD3P. I alt ti praktiserende speciallæger ud af de 34 har deltaget i projektet uden afbrydelse i perioden 1998-2002 (inklusive), hvorfor deres behandlingsforløb indgår i undersøgelsen. Alle behandlingsforløb, der er påbegyndt hos de ti speciallæger i perioden fra den 1. januar 1998 til den 31. december 2000, er inkluderet i undersøgelsen. Ved at forlænge opfølgingsperioden med to år ud over den periode, i hvilken der inkluderes patienter, gives der mulighed for, at et større antal forløb kan afsluttes, hvorved man mindsker en overrepræsentation i analyserne af patienter i korterevarende behandlingsforløb.

## Resultater

Ti speciallæger har indberettet data til QAD3P i alle årene 1998-2002 inklusive. Hos disse ti læger påbegyndte 6.459 personer, 2.197 mænd og 4.262 kvinder, mindst et behandlingsforløb i perioden 1998-2000. Gennemsnitsalderen for mændene og kvinderne var 45,2 år og 45,7 år respektive. Disse personers første behandlingsforløb blev inkluderet i undersøgelsen. Heraf udgik 392 (6,1%), der ikke var afsluttet pr. 31. december 2002. Undersøgelsen bygger således på 6.067 behandlingsforløb. Af disse blev 1.573 (24,4%) afsluttet efter

udeblivelse. Disse blev sammenlignet med aftalt afsluttede forløb (n = 4.193), idet afsluttet ved død, ved henvisning til sygehus og ved »andet« blev ekskluderet. 30,9% af mændenes og 25,4% af kvindernes behandlingsforløb blev afsluttet uafalt (p < 0,001). Sammenlignes uafsluttede med aftalt afsluttede efter samme principper som ovenfor, finder man, at yngre patienter (≤ 44 år, n = 3.032) oftere afsluttede behandlingen ved udeblivelse (35,3%) end ældre patienter (18,4%) (p < 0,001).

Af Tabel 1 fremgår det, at for hele materialet (samtlige behandlingsforløb) var de tre hyppigste diagnosegrupperinger F4, nervøse og stressrelaterede lidelser, F3, affektive lidelser, og F6, personlighedsforstyrrelser.

Behandlingsvarigheden for personer med disse tre diagnoser og med F2, skizofreni, der er medtaget, fordi denne gruppe patienter påkalder sig særlig opmærksomhed som følge af nedlæggelse af sengepladser i hospitalspsykiatrien, fremgår af Tabel 2, der alene viser patienter med aftalt afslutning af behandlingsforløb.

Behandlingen af 69,2% af patienterne med personlighedsforstyrrelser, 54,6% med affektive lidelser og 64,6% med ner-

Tabel 2. Procentdel af patienter, hvis behandling var aftalt afsluttet inden for de enkelte tidsintervaller.

Tids-interval	F20-21, skizofreni og skizotypi (n = 66) %	F3, affektive lidelser (n = 1.210) %	F4, nervøse og stressrelaterede lidelser (n = 1.368) %	F6, personlighedsforstyrrelser (n = 886) %
0-3 mdr.	18,2	33,6	47,4	48,1
3-6 mdr.	16,7	21,0	17,2	21,1
6-12 mdr.	31,8	23,8	21,0	18,4
12-24 mdr.	16,7	15,0	10,3	9,3
24+ mdr.	16,7	6,6	4,2	3,2

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

**Tabel 3.** Procentdel af patienter, hvis behandling var aftalt afsluttet inden for de enkelte intervaller for konsultationer<sup>a</sup>.

Antal konsultationer	F20-21, skizofreni og skizotypi (n = 66)	F3, affek- tive lidelser (n = 1.208)	F4, nervøse og stressrela- terede lidelser (n = 1.368)	F6, personlig- hedsforstyrrelser (n = 885)
	%	%	%	%
1-3 konsultationer . . . . .	22,7	29,5	40,4	37,6
4-6 konsultationer . . . . .	21,2	27,9	26,9	26,6
7-10 konsultationer . . . . .	25,8	20,2	16,8	17,4
11-20 konsultationer . . . . .	18,2	17,6	12,0	13,7
Mere end 20 konsultationer . . . . .	12,1	4,8	3,9	4,7

a) Tre patienter var ikke registreret for samtaler, hvorfor tabellen indeholder oplysninger om færre personer end Tabel 2.

**Tabel 4.** Sammenhænge mellem patient- og lægerelaterede variabler og antal konsultationer pr. forløb, varighed af behandlingsforløb og uaftalt afslutning respektive (logistisk regression).

Variabel	1-6 konsultationer (vs. 7+)		Varighed af behandlings- forløb < 3 mdr. (vs. 3+ mdr.)		Uaftalt afslutning (vs. aftalt afslutning)	
	OR	95% KI	OR	95% KI	OR	95% KI
Patienten mand . . . . .	1,07	0,93-1,24	1,09	0,95-1,25	1,31**	1,15-1,48
Patienten ≤ 44 år . . . . .	1,31**	1,15-1,50	1,54**	1,36-1,75	2,49*	2,21-2,81
Speciallægen mand . . . . .	1,37**	1,19-1,58	1,28*	1,11-1,48	1,10	0,96-1,27
Befolkningsunderlag pr. speciallæge over 50-percentilen . . . . .	1,02	0,89-1,17	1,64**	1,43-1,87	1,11	0,98-1,26
Anvendelse af psykoterapi i special- lægepraksis, over 50-percentilen . . . . .	0,69**	0,61-0,79	0,61**	0,54-0,69	0,98	0,86-1,10
Skizofreni (vs. andet) . . . . .	0,41*	0,22-0,77	0,18*	0,07-0,47	0,61	0,33-1,14

OR = odds-ratio. KI = konfidensinterval. \*) p < 0,001. \*\*) p < 0,01.

vøse lidelser blev afsluttet inden for seks måneder; i skizofrenigruppen var det tilsvarende tal 34,9%.

Af **Tabel 3** fremgår antallet af konsultationer, patienterne fra de fire udvalgte diagnosegrupper gennemførte før afslutningen. Tabellen viser udelukkende patienter med aftalt afslutning af behandlingsforløb.

Mere end 50% af behandlingsforløbene i de tre største diagnosegrupper blev afsluttet inden for seks konsultationer, 57,4%, 67,3% og 64,2% for affektive tilstande, nervøse lidelser og personlighedsforstyrrelser respektive. Mindre end 5% af behandlingsforløbene i disse diagnosegrupper var på mere end 20 konsultationer. I gruppen af patienter med skizofreni er der en tendens til flere konsultationer, 12,1% fik 21 eller flere konsultationer, 43,9% fik seks eller færre. 37,7% af mændene og 34,7% af kvinderne fik behandlingen afsluttet efter 1-3 konsultationer (nonsignifikant (ns)), og 44,2% af mændene og 41,5% af kvinderne fik behandlingen afsluttet i løbet af de første tre måneder (ns) (ikke vist i tabellen).

**Tabel 4** viser i en logistisk regression sammenhænge mellem patient- og lægevariabler og antal konsultationer pr. forløb (1-6 vs. 7+) og varighed af behandlingsforløb (< 3 måneder vs. 3+ måneder). I disse analyser indgår det første behandlingsforløb for alle patienter med aftalt afsluttet behandlingsforløb (n = 4.193). Første behandlingsforløb er inkluderet for alle med aftalt afsluttet forløb samt forløb afsluttet ved død, indlæggelse på sygehus eller »andet« i en logistisk regressions-

analyse af uaftalt behandlingsafslutning (n = 1.573) vs. aftalt behandlingsafslutning (n = 4.494).

Variablen befolkningsunderlag pr. speciallæge er beregnet ved, at et givet amts indbyggere er divideret med antallet af praktiserende psykiatere i det pågældende amt. De ti speciallæger, der bidrog til denne undersøgelse, er derefter delt i to grupper med højeste og laveste antal indbyggere pr. psykiatrisk speciallæge. Tilsvarende har man beregnet, hvor stor en procentdel af samtlige lægers patienter, der modtager psykoterapi, hvorefter de ti læger er delt i to grupper: de fem, der oftest anvender psykoterapi, over for de resterende fem.

Det fremgår af tabellen, at patientens alder (ung) og speciallægens køn (mand) prædikerer forløb med færre konsultationer. Lider patienten af skizofreni (over for alle andre diagnoser) og anvendes psykoterapi i højere grad end medianværdien, prædikerer det et større antal konsultationer pr. forløb. Kortvarende behandlingsforløb prædikerer af patientens alder (ung), speciallægens køn (mand) og et stort patientunderlag. Hvis patienten behandles hos en af de speciallæger, der i højere grad anvender psykoterapi som led i behandlingen, eller er patienten diagnosticeret som lidende af skizofreni, må man forvente længerevarende behandlingsforløb.

Uaftalt afslutning prædikerer af patientens køn (mand) og alder (ung), hvorimod omfanget af anvendelse af psykoterapi i praksis og patientens diagnose (skizofreni vs. andet) ingen indflydelse har på afslutningsmåden (uftalt over for andet).

### Diskussion

Undersøgelsen er den mest omfattende, der indtil nu er gennemført i danske psykiatrisk speciallægepraksis. Der er tidligere foretaget danske undersøgelser af behandlingsvarighed i psykiatrisk speciallægepraksis. I deltidspaksis [1] havde patienterne i 1980 i gennemsnit 5-7 konsultationer pr. behandlingsforløb. I fuldtidspaksis [2] fandt man 4,8 konsultationer pr. patienter i 1976, mens man i 1986 [3] fandt 7,3 konsultationer for personer med skizofreni, 6,8 for personer med maniodepressivitet, 5 for demente og 5,6 for patienter i behandling for andre psykoser, mens man for gruppen »intet sikkert abnormt« fandt 3,3 konsultationer pr. forløb.

I en undersøgelse omfattende alle speciallæger på Fyn i årene 1980-1982 [5] var det overordnede gennemsnit 6,3 konsultationer pr. forløb.

Fra en psykoterapeutisk orienteret praksis [4] fandt man et gennemsnit på 8,7, hvor det laveste gennemsnit var 7,4 pr. forløb for mænd med personlige problemer, og det højeste var 9,6 for mænd med neurosedidiagnose.

I dette studie har man ikke undersøgt den gennemsnitlige behandlingsvarighed, men opdelt behandlingsvarigheder i grupper. Uden at kunne foretage en direkte sammenligning tyder fundene dog på, at behandlingsvarigheden er længere i nærværende undersøgelse.

Samlet tyder det på, at behandlingsvarigheden var kortere i de danske undersøgelser fra 1970'erne og 1980'erne end i denne undersøgelse. Det kan skyldes, at sengeantallet på psykiatriske hospitaler er mindsket, og at nogle af de patienttyper, der tidligere var indlagte, nu behandles i speciallægepraksis. Endvidere er antallet af praktiserende speciallæger steget fra 55 i 1976 [2] til ca. 100 i 2000 [13]. Det vil sige, at der generelt er færre indbyggere pr. speciallæge.

24,4% af behandlingsforløbene afsluttedes efter udeblivelse. Det fremgår ikke af databasen, om patienterne er udeblevet, selv om de havde et fortsat behandlingsforløbsbehov, eller fordi deres tilstand var bedret så meget, at de fandt fortsat konsultation overflødig. I arbejdet fra deltidspaksis [1] fandt man, at 18% af forløbene afsluttedes ved udeblivelse. I fuldtidspaksis fra Fyn [2] fandt man, at sene afbud, hvor tiden ikke kunne besættes med en anden patient og udeblivelser fandt sted i 4,1% af de samlede forløb. Ved samme forfatters opgørelse over en tiårsperiode [3] fandt man, at 33% af behandlingsforløbene for patienterne med diagnosen psykopati afsluttedes ved udeblivelse, 12% for patienter med skizofreni og 15% for de øvrige, mens tal fra psykoterapeutisk orienterede praksis [4] viste, at 10,1% af behandlingerne afsluttedes ved udeblivelse.

Antallet af patienter, der afsluttede behandlingen ved udeblivelse, er altså større i nærværende undersøgelse end i tidligere. Årsagen er ikke kendt, men synes at være et generelt problem også fra behandling i sygehusregi. En mulig forklaring (forskellig fra en patientrelateret) kunne være, at psykiatere i mindre grad end tidligere er tilbøjelige til at afslutte

patienternes behandling. I nærværende undersøgelse er det især yngre mandlige patienter med personlighedsforstyrrelse og patienter med misbrug eller andre akutte psykoser, der afslutter behandlingen ved udeblivelse. I øvrigt er det vanskeligt at foretage sammenligninger af de tidligere undersøgelser fra 1970'erne og 1980'erne med den nærværende på grund af ændringer i diagnosesystemet.

Databasen, som den blev planlagt i 1995/1996, og som den har været anvendt til i dag, er opbygget i princippet som Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister [15] nemlig med hovedvægten lagt på registrering af administrative data og af diagnoser. Anvendelse af denne type registre/databaser til forskning uden en tilhørende validering har været kritiseret [16-18]. Den aktuelt anvendte database (QAD3P) kan imødegå denne kritik ved afholdelse af audit mellem de indberettende psykiatere to gange årligt samt ved regelmæssig undervisning i psykopatologi og diagnostik. Databasens værdi styrkes yderligere ved, at der registreres data om den behandlende psykiater. Der registreres ligeledes data om behandlingen f.eks. ± psykofarmakologisk behandling, ± psykoterapi, ± samarbejde med socialvæsen etc. Dette har været udnyttet i nærværende undersøgelse ved anvendelse af direkte psykiaterrelaterede data, såsom speciallægens køn og alder, samt indirekte ved at anvende konstruerede variable, såsom graden af speciallægens anvendelse af psykoterapi i sin praksis og befolkningsgrundlag pr. speciallæge. Databasen har i sin oprindelige udgave ikke indeholdt data til belysning af behandlingseffekt, et forhold der er under udbygning, eksempelvis inkluderes fra og med 2004 data om funktionsniveau ved behandlingsstart og afslutning målt ved General Assessment of Functioning (GAF).

### Konklusion

Undersøgelsen tyder på, at patienter i psykiatrisk speciallægepraksis er i behandling lidt længere end fundet i tidligere undersøgelser. Denne længere behandlingsvarighed kan blandt andet skyldes, at patienter, der tidligere ville være blevet indlagt på en psykiatrisk afdeling, nu også bliver behandlet i psykiatrisk speciallægepraksis, ligesom behandlingsvarigheden kan tænkes påvirket (i opadgående retning) af antallet af egentlige psykoterapier samt af et øget antal speciallæger. Omvendt er det bemærkelsesværdigt, at nogle patienter er i behandling relativt kortvarigt. Ud fra nærværende undersøgelse er det ikke muligt at afgøre, hvor lang behandlingsvarighed den enkelte patient reelt har behov for. Samtidig med at behandlingsvarigheden (for patienter, der gennemfører behandlingen) synes at øges, er der en tilsvarende øgning af patienter, der afslutter behandlingen uafalt. Disse uafaltede afsluttede forløb finder især sted for patienter med diagnoserne akut forbigående psykose, misbrug og personlighedsforstyrrelser.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

Antaget: 10. marts 2006  
Interessekonflikter: Ingen angivet

## Litteratur

- Nielsen J. Psykiatrisk speciallægepraksis. Ugeskr Læger 1980;142:1771-8.
- Rasmussen C. Psykiatrisk fuldtidspraksis i Odense. Ugeskr Læger 1976;138:3292-7.
- Rasmussen C. Psykiatrisk praksis. 10 år i tal. Ugeskr Læger 1986;148:1114-7.
- Weibel EK. Psykoterapeutisk orienteret psykiatrisk speciallægepraksis. Ugeskr Læger 1983;145:1885-92.
- Rasmussen C. Psykiatrisk praksis. Opgørelse fra Fyn 1980-82. Ugeskr Læger 1985;147:2189-291.
- Meidahl B, Mahneke T, Rosenbaum B et al. Distriktspsykiatri. Ugeskr Læger 1989;151:1038-43.
- Knudsen HC, Krasnik A, Jessen-Petersen B et al. Patients in the care of private psychiatric practitioners. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1992;27:156-60.
- Olsson M, Marcus SC, Pincus HA. Trends in office-based psychiatric practice. AM J Psychiatr 1999;156:451-7.
- Olsson M, Marcus SC, Pincus HA et al. Antidepressant prescribing practices of outpatient psychiatrists. Arch Gen Psychiatry 1998;55:310-6.
- Berger J. Private practice: The first five years. Can J Psychiatry 1985;30:566-72.
- Rouillon F. Enquête épidémiologique des troubles psychiatriques en consultation spécialisée. L'Encéphale 1992;18:525-35.
- Munk-Jørgensen P, Thimber J, Gormsen K. Monitoring of activities in Danish office based psychiatry. Nord J Psychiatry 2000;54:183-7.
- Sygeskringens Forhandlingsudvalg (SFU) og Foreningen af Speciallæger (FAS): Modernisering af specialt psykiatri. København: Amdradsforeningen, 2003.
- Munk-Jørgensen P. Forekomst af psykisk sygdomme. I: Poulsen HD, Munk-Jørgensen P, Bolwig TG, red. Psykiatri – en grundbog. 2. udgave. København: Munksgaard, 2004.
- Munk-Jørgensen P, Mortensen PB. The Danish Psychiatric Central Register. Dan Med Bull 1997;44:82-4.
- Munk-Jørgensen P, Mortensen M. Det Psykiatriske Centrale Forskningsregisters rolle i udforskningen af psykiatriske folkesygdomme. Ugeskr Læger 2004;166:15-6.
- Byrne N, Regan C, Howard L. Administrative registers in psychiatric research: a systematic review of validity studies. Acta Psychiatr Scand 2005;112:409-14.
- Parker G. Register now: validity later. Acta Psychiatr Scand 2005;112:407-8.

## Serrate, hyperplastiske – og hyperplasilignende, kolorektale polypper

Stud.med. Mille Brunbjerg Folker, overlæge Inge T. Bernstein & professor Susanne Holck

H:S Hvidovre Hospital, Patologiafdelingen og HNPCC-Registret, Gastroenheden

### Resume

Den hyperplastiske kolorektale polyp betragtes generelt som et betydningsløst fund. Nyere forskning har imidlertid henledt opmærksomheden på eksistensen af varianter af hyperplastisk polyp, der har et malignt potentiale. Nogle opererer med betegnelsen *advanced* serrat polyp, der omfatter blandet hyperplastisk/adenomatøs polyp, serrat adenom og sessil serrat polyp til forskel fra den traditionelle hyperplastiske polyp (THP). Dysplastisk epitel er per definition en komponent i blandet hyperplastisk/adenomatøs polyp og serrat adenom. Den kliniske implikation følger derfor retningslinjer for det konventionelle adenom. Den sessile serrate polyp er uden dysplasi og har cytologisk mere lighed med THP, hvorimod opbygningen er mere lig det serrate adenoms. Af denne grund er den optimale håndtering af patienter med sessile serrate polypper vanskelig at definere, men såfremt polypperne er store og højresidige, bør kontrol af patienter overvejes. De små THP'er, der ofte er venstresidige, skal derimod generelt ikke give anledning til kontrol eller yderligere udredning; men konsekvensen af et sådant fund vil være afhængigt af den kolorektale morfologi i øvrigt. Afdækning af histologiske detaljer, der har klinisk signifikans og kan inkorporeres i den daglige rutinediagnostik af serrate kolorektale polypper, vil kræve omfattende undersøgelser, inklusive interobserverstudier.

### Metode

Litteraturen er udvalgt på baggrund af søgning i PubMed med følgende søgeord: *hyperplastic colorectal polyp*, *serrated polyp*, *serrated adenoma*, *sessile serrated polyp/adenoma*, og artiklernes referencelister er manuelt gennemgået.

### Introduktion

Epitelial hyperplasi er den hyppigste årsag til polyppdannelse i colon og rectum. Den hyperplastiske polyp (HP), beskrevet i 1926 [1], udvikles i langt de fleste tilfælde i rectum og sigmoideum; ifølge større serier drejer det sig om ca. 90% af alle HP [2]. Prævalensen stiger med alderen og er ca. 30% hos asymptomatiske personer >50 år. HP betragtes generelt som et betydningsløst fund uden neoplastisk potentiale. Specielt i de senere år er patologer imidlertid blevet opmærksom på eksistensen af flere varianter af HP, både morfologisk og molekylærbiologisk. Det mulige neoplastiske potentiale af nogle af disse varianter [3-5] og den hermed mulige eksistens af et biologisk kontinuum, der omfatter både hyperplasi og adenomatøs væv [4] kan opfattes som et paradigmeskift, der naturligt har øget interessen for disse polypper. Der foreligger en række observationer, der understøtter dette. Der er således i områder af HP påvist dysplastiske foci [4] samt ekspresion af CEA [6, 7] og i nogle tilfælde genetisk instabilitet og genetiske mutationer [8-10]. Specielt relationen til det sporadiske, mikrosatellit-instabile kolorektale karcinom er diskuteret [11-13]. Således har fokus været rettet mod den såkaldte *serrate pathway* [8, 9], der indikerer morfologisk progression