

Psykiske lidelser og selvmordsadfærd

8

- *Psykiske lidelser omfatter organiske psykiske lidelser, psykiske lidelser på baggrund af misbrug, lidelser i skizofrenispektret, affektive sindslidelser (stemningssygdomme), nervøse og stressrelaterede tilstande, spiseforstyrrelser samt personlighedsforstyrrelser.*
- *I løbet af et år vil ca. 20 % af befolkningen have psykiske symptomer svarende til kriterierne for en eller flere psykiske sygdomme. Det svarer til 700.000-800.000 voksne danskere.*
- *Psykisk sygdom diagnosticeres ofte ikke i almen praksis eller kun med betydelig forsinkelse.*
- *I 2004 var ca. 82.000 personer i behandling i sygehusvæsenet pga. psykisk sygdom (ambulant, skadestue, indlæggelse).*
- *Psykiske sygdomme er forbundet med overdødelighed og øget forekomst af somatiske (fysiske) sygdomme.*
- *Psykiske lidelser er årsag til en tredjedel af de tilkendte førtidspensioner.*
- *I 2005 var der 628 selvmord i Danmark, svarende til 1,2 % af alle dødsfald. Antallet af selvmord er faldet markant siden 1980.*
- *I 1995-2004 blev der årligt registreret mellem 1.600 og 2.000 skadestuekontakter som følge af selvmordsforsøg blandt mænd og mellem 1.700 og 2.400 blandt kvinder.*
- *Forekomsten af selvmordsforsøg er uændret blandt mænd men stigende blandt især unge kvinder.*
- *Der er i de senere år sket en markant udvikling i behandlingstilbuddene til psykisk syge i form af etableringen af distriktpsychiatriiske centre, udgående behandlingsteams, kontaktpersonordninger mv.*

WHO forudser, at psykiatrisk sygdom rykker op på en andenplads over de mest belastende sygdomme på verdensplan i 2020. På basis af europæiske beregninger gennemført af WHO (1) kan det estimeres, at ca. 600.000 danskere lider af angst eller depression, over 120.000 har alkoholrelaterede sygdomme, 40.000 har Alzheimers sygdom, 20.000 har skizofreni, 20.000 har bipolar affektiv sindslidelse (tidligere benævnt manio-depressiv sygdom), og 20.000 lider af panikanfald. Andre forsøg på at estimere antallet af danskere, der har psykiske lidelser, falder lidt anderledes ud som udtryk for vanskeligheder ved at sætte grænsen mellem sygdom og normalitet og imellem de enkelte sygdomsgrupper. Størrelsesordenen er dog den samme i forskellige estimater.

De psykiske sygdomme er ansvarlige for en femtedel af tabte leveår (DALY, disability-adjusted life-years, tabte leveår på grund af dårligt helbred og tidlig død). Depression alene er ansvarlig for 6 % af de tabte leveår og selvmord for 2 %. Neuropsykiatriske sygdomme (skizofreni, affektive lidelser (stemningssygdom) og demens) er ansvarlig for 40 % af kroniske psykiske sygdomme og udgør dermed den væsentligste årsag til leveår med invaliditet – depression er den vigtigste enkeltårsag. Psykisk sygdom antages at være ansvarlig for 35-45 % af fravær fra arbejde.

Psykiske lidelser

Psykiske lidelser er en sammensat gruppe af sygdomme, der omfatter organiske psykiske lidelser, psykiske lidelser på baggrund af misbrug, lidelser i skizofrenispektret, affektive sindslidelser (stemnings sygdomme), nervøse og stressrelaterede tilstande, spiseforstyrrelser samt personlighedsforstyrrelser (2).

Organiske psykiske lidelser

De organiske psykiske lidelser omfatter en gruppe psykiske lidelser, som alle har en påviselig årsag i hjernesygdom, hjernetraume eller anden hjernebeskadigelse. Demens er den væsentligste sygdom i denne gruppe. Demens har sædvanligvis et kronisk fremadskridende forløb og påvirker en række hjernefunktioner, herunder hukommelse, indlæringssevne og orientering. Der er tillige ofte forringet emotionel kontrol og forstyrrelser af den sociale adfærd. Demens er ofte arveligt betinget eller optræder som en komplikation til hjerte-kar-sygdom på grund af blodpropper i hjernen. Tidlige stadier kan identificeres ved grundig udredning i samarbejde mellem primærsektor og sekundærsektor.

Psykiske lidelser på baggrund af misbrug omfatter et bredt spektrum af tilstande, som har den fælles baggrund, at de er forårsagede af et eller flere psykoaktive stoffer. De forskellige rusmidler har vidt forskellig virkningsmekanisme, og dermed kan skadevirkningerne også være meget forskellige. En række forhold er af betydning for skadevirkninger ved misbrug, det gælder udvikling af psykisk og fysisk afhængighed, tolerans, kontroltab og komplikationer. Alkoholmisbrug er hyppigst forekommende, men også hashmisbrug er hyppigt og kan have skadevirkninger. Misbrug af opiumslignende stoffer omfatter en mindre gruppe mennesker, men de helbredsmæssige konsekvenser er ofte store. Der er et vist arveligt grundlag for udvikling af alkoholmisbrug, men sociale og miljømæssige forhold anses for at være af afgørende betydning.

Diagnosticering og udredning kan finde sted i primærsektoren, i almen praksis, i misbrugsinstitutioner samt på psykiatriske og somatiske afdelinger.

Skizofreni

Skizofreni er den hyppigste og mest alvorlige sygdom blandt de tilstande, der er beskrevet i det skizofrene spektrum. Skizofreni er en episodisk sindslidelse, der kan forløbe meget forskelligt. I nogle tilfælde er forløbet ret gunstigt, mens der i andre tilfælde er tale om en kronisk lidelse med gentagne psykotiske episoder eller vedvarende psykose. Sygdommen kan være præget af gennemgribende forstyrrelser af såvel tænkning som social funktionsevne og kan være ledsaget af vrangforestillinger samt hallucinationer. Ofte har vrangforestillingerne forfølgelsesindhold, og hallucinationerne optræder hos de fleste i form af stemmer, som patienten hører inde i sit hoved. I sjældne tilfælde kan patientens tale være ulogisk og til tider usammenhængende på grund af tankeforstyrrelser. Hos mange patienter ses såkaldte negative symptomer i form af bl.a. tiltagende isolationstendens, passivitet, initiativløshed og indsynken i sig selv.

Diagnosticering af tilstande i det skizofrene spektrum hviler på grundig psykiatrisk klinisk undersøgelse og er en specialistopgave.

Affektive lidelser

De affektive lidelser (stemnings sygdommene) omfatter tilstande, hvor den mest fundamentale forstyrrelse er forandringer i stemningslejet, enten i retning af depression (med eller uden hermed forbundne angstsymptomer) eller opstemthed. De fleste affektive lidelser er tilbøjelige til episodisk optræden, som særlig tidligt i sygdomsforløbet har en sammenhæng med belastende ydre forhold.

Depression er den hyppigst forekommende sygdom i det affektive spektrum. De almindelige symptomer er nedtrykthed, nedsat lyst og interesse, nedsat energi og øget træthed, nedsat selvtillid, selvbeprejdelser eller skyldfølelse, tanker om død og selvmord, koncentrationsbesvær, motorisk uro eller motorisk hæmning, søvnbesvær og appetitforstyrrelse. Der er en arvelig komponent i forekomsten af affektive lidelser, specielt tydeligt i bipolare affektive lidelser (tidligere kaldt manio-depressiv sygdom), men ydre forhold spiller også en rolle. Langt de fleste tilfælde af depression diagnosticeres og behandles hos egen læge, mens svært behandlelige depressive tilstande og bipolar affektiv sygdom behandles i psykiatrisk speciallægepraksis eller i sekundærsektoren, på sengeafdelinger, i distriktspsykiatrien eller i specialiserede ambulatorier for affektive

sindslidelser. Diagnosen hviler på grundig klinisk undersøgelse.

Nervøse og stressrelaterede tilstande

Nervøse og stressrelaterede tilstande omfatter fobiske tilstande, angsttilstande, stressrelaterede og somatoforme tilstande (symptombilledet er præget af somatiske symptomer, men det antages, at psykiske faktorer ligger til grund for tilstanden). Der er identificeret arvelige komponenter i forekomsten af angsttilstande, men de øvrige tilstande antages at være først og fremmest betingede af ydre forhold. De fleste af disse tilstande behandles i primærsektoren hos den praktiserende læge, men evidensbaseret, specialiseret psykiatrisk behandling bliver i tiltagende grad udviklet og tilbydes fra specialiserede enheder i sekundærsektoren.

Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser omfatter anorexi og bulimi. Anorexi er karakteriseret ved forstyrret legemsopfattelse, tilsigtet væggtab, undgåelse af fedende føde, overdreven fysisk aktivitet, selvfrekaldte opkastninger samt anvendelse af afmagringsmidler, afføringsmidler eller vanddrivende midler, og hormonelle forstyrrelser, der kan føre til uregelmæssig eller udebleven menstruation. Bulimi er karakteriseret ved tilbagevendende spiseanfald og efterfølgende opkastninger eller indtagelse af afføringsmidler. Tilbagevendende opkastninger kan føre til tandskader og forstyrrelser i salt- og væskebalancen.

Personlighedsforstyrrelser

Personlighedsforstyrrelser omfatter tilstande og adfærdsmønstre af klinisk betydning, som oftest er vedvarende og fremtræder som udtryk for patientens karakteristiske livsstil og holdning til sig selv og andre. Personlighedsforstyrrelser kan være dybt gennemgribende og vedvarende adfærdsmønstre, som manifesterer sig som unuancerede reaktioner på en række personlige og sociale forhold. Adfærdsmønstrene er oftest stabile og er hyppigt forbundne med subjektivt ubehag og nedsat social funktion. Årsagsforholdene ved personlighedsforstyrrelser er uafklarede, men arvelige forhold vides at spille en rolle for udviklingen af paranoide og skizoide personlighedsforstyrrelser.

Forekomst af psykiske lidelser

Forekomsten af psykiske lidelser beskrives på følgende niveauer:

- I befolkningen.
- I almen praksis.
- På distriktspsykiatriske centre og psykiatriske sengeafdelinger.
- På somatiske afdelinger.

Forekomst af psykiske lidelser i befolkningen

Der indgår flere forskellige indikatorer for psykiske gener, symptomer og sygdom i Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (tabel 8.1). I alt 3,8 % af voksne angiver at lide af kronisk angst eller depression, og 2,1 % angiver at lide af anden psykisk lidelse eller dårlige nerver. Inden for en 14-dages periode har 8,4 % følt sig generet af ængstelser, nervøsitet, uro og angst, og 8,5 % har været nedtrykt, deprimeret og ulykkelig (3).

Figur 8.1. Forekomst af psykiske gener, symptomer og sygdomme blandt mænd og kvinder. 2005.

	Mænd	Kvinder	I alt	Omregnet til antal i befolkningen
<i>Specifik sygdom</i>				
Kronisk angst eller depression	2,4	5,1	3,8	166.000
Anden psykisk lidelse, dårlige nerver	1,6	2,5	2,1	88.000
Med en eller begge lidelser	3,3	6,4	5,0	214.000
<i>14-dages gener og symptomer</i>				
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	6,0	10,7	8,4	366.000
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	6,3	10,5	8,5	367.000
Med et eller begge gener og symptomer	9,5	16,3	13,0	563.000

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

Det generelle billede er, at næsten dobbelt så mange kvinder som mænd angiver at have de pågældende psykiske lidelser eller gener, og biologiske forskelle, herunder hormonelle, antages at spille en væsentlig rolle. Der er klare sociale gradienter, idet forekomsten aftager med stigende antal års uddannelse, og forekomsten er større blandt samlevende og enlige (ugifte og enke/enkemænd) end blandt gifte.

Både SUSY-undersøgelserne og forskellige udenlandske opgørelser (svenske (4), finske (5), engelske (6), canadiske (7,8), australske (9), amerikanske (10-13)) viser et relativt ensartet billede. Det synes således sandsynligt, at forekomsten af depressive lidelser set over en et-årig periode i befolkningen også i Danmark vil ligge på 2-5 % for mænds vedkommende og på 5-8 % for kvinders vedkommende, svarende til ca. 200.000 voksne personer i Danmark. Forekomsten af angsttilstande er i en tilsvarende tidsperiode formentligt ca. 10 %. Hvis alkohol- og stofrelaterede tilstande også tages i betragtning, og der tages højde for komorbiditet, er den samlede forekomst af veldefinerede psykiske lidelser formentligt over 20 % i løbet af ét år. Det svarer til næsten 700.000-800.000 voksne danskere, hvilket er i overensstemmelse med de tal, man får ved at overføre Lundby-undersøgelsens resultater til danske forhold (14). Hertil kommer somatoforme lidelser (somatiske symptomer med formodet psykisk baggrund), som kun er sparsomt undersøgt i befolkningsundersøgelser, men formodentligt er mindst lige så hyppige som angst og depressive lidelser.

Forekomst af psykiske lidelser i almen praksis

Der findes en række danske og internationale undersøgelser, der belyser forekomsten af psykisk sygdom hos patienter hos alment praktiserende læge. I en auditundersøgelse, hvor 394 praktiserende læger registrerede i alt 22.000 konsultationer fandt man, at i alt 8,4 % af kontakterne til alment praktiserende læge skyldes psykiske problemer og lidelser, og i forbindelse med 3,9 % af kontakterne var der tale om patienter med stort alkoholforbrug (15). Under halvdelen af de patienter i almen praksis, som lider af depression, får stillet den korrekte diagnose i Danmark og i udlandet. Under halvdelen af de patienter, som får stillet diagnosen depression i en almen praksis, får korrekt medicin i tilstrækkelige doser og med tilstrækkelig varighed (16). Udenlandske undersøgelser viser, at diagnosticering af bipolar lidelse sker med 10 års forsinkelse. I Danmark får patienter med bipolar lidelse kun diagnosen i godt halvdelen af tilfældene ved første kontakt til det psykiatriske

hospitalssystem, idet bipolar lidelse forveksles med tilpasningsreaktioner, forbigående psykose eller anden diagnose (16,17).

I WHO-regi er der gennemført en stor undersøgelse af psykiatrisk sygelighed blandt patienter i almen praksis. Undersøgelsen bygger på en gennemgang af 29 undersøgelser i almen praksis i forskellige lande i perioden 1970 til 1990 (12). Fra omkring 1990 og til 1995 har WHO gennemført Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. Centre i 14 lande har deltaget, repræsenterende forskellige kulturelle og økonomiske betingelser og arbejde med forskellige typer af sundhedsstruktur og ydelser. Undersøgelsen er den største og grundigste af sin art til dato. Mere end 25.000 patienter blev screenet for psykiske symptomer, og en repræsentativ stikprøve på 5.500 blev vurderet ved et grundigt diagnostisk interview. Undersøgelsen viste bl.a., at 24 % af alle patienter, der kontaktede den praktiserende læge rundt omkring i hele verden, led af en veldefineret psykisk sygdom, der opfyldte ICD-10 kriterierne, og yderligere 10 % havde psykiske problemer, som ikke opfyldte kriterierne for en formel diagnose, men som mindskede livskvaliteten og forårsagede handicap af forskellige årsager. De mest almindelige diagnoser var depression (10-15 %), angsttilstande (10-15 %), somatoforme og hypokondre tilstande (1-4 %) og alkoholafhængighed (ca. 5 %). Det er formentligt forskelle i metodik, der forklarer, at man i denne WHO-undersøgelse fandt, at 24 % havde en veldefineret psykisk lidelse, mens man i den ovenfor nævnte undersøgelse i almen praksis i Danmark kun fandt at ca. 8 % havde en psykisk lidelse.

Antal i behandling for psykiske lidelser på psykiatriske afdelinger

I tabel 8.2 ses hvor mange, der i løbet af 2004 har været i behandling på grund af forskellige psykiske lidelser. Samme patient kan have været i behandling under forskellige diagnoser ved forskellige forløb i løbet af en et-årig periode. Blandt mænd er de hyppigste lidelser misbrugstilstande, nervøse og stress-relaterede tilstande, skizofreni samt affektive sindslidelser, mens de hyppigste lidelser blandt kvinder er nervøse og stress-relaterede tilstande samt affektive sindslidelser. I tabel 8.3 ses sengedagsforbruget for de forskellige psykiske lidelser. Både blandt mænd og kvinder tegner skizofreni og affektive sindslidelser sig for langt størsteparten af sengedagene. Figur 8.1 viser aldersfordelingen blandt de, der i 2004 har været i behandling for psykisk sygdom i hospitalsvæsenet.

Tabel 8.2. Forekomst af psykiske lidelser i befolkningen i 2004. Ambulante kontakter, skadestuebesøg, indlæggelser (psykiatrisk afdeling). Opgjort særskilt for mænd og kvinder. Antal og procent.

	Mænd		Kvinder	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Organiske psykiske lidelser	3.025	0,11	4.514	0,17
Misbrugstilstande	7.619	0,28	3.959	0,14
Skizofreni og lignende	6.047	0,23	5.014	0,18
Affektive sindslidelser	5.907	0,22	10.494	0,38
Nervøse og stress-relaterede tilstande	6.726	0,25	10.601	0,39
Adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser	233	0,01	1.573	0,06
Forstyrret personlighedsstruktur	2.928	0,11	5.095	0,19
Mental retardering	874	0,03	701	0,03
Psykiske udviklingsforstyrrelser	1.610	0,06	460	0,02
Forstyrrelser opstået i barndom og ungdom	3.091	0,12	1.824	0,07
Total	38.060	1,42	44.235	1,62

Tabel 8.3. Sengedagsforbruget til psykiske lidelser, 2004. Antal og gennemsnitlig liggetid.

	Mænd		Kvinder	
	Antal sengedage	Gennemsnitlig liggetid (dage)	Antal sengedage	Gennemsnitlig liggetid (dage)
Organiske psykiske lidelser	37.790	31,4	42.245	33,7
Misbrugstilstande	146.159	20,0	61.820	17,8
Skizofreni og lignende	279.173	36,0	219.925	34,6
Affektive sindslidelser	106.737	26,7	206.318	28,8
Nervøse og stress-relaterede tilstande	38.965	16,6	54.733	17,4
Adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser	1.165	41,6	28.298	54,6
Forstyrret personlighedsstruktur	40.396	24,2	82.937	24,1
Mental retardering	7.599	24,7	8.414	25,2
Psykiske udviklingsforstyrrelser	10.015	44,1	4.541	41,3
Forstyrrelser opstået i barndom og ungdom	9.215	30,2	7.182	33,1
Total	677.214	26,9	716.413	27,5

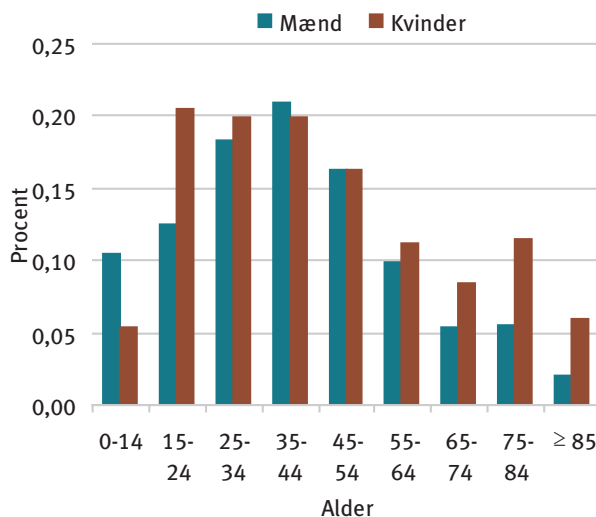
Forekomst af psykiske lidelser på somatiske afdelinger

Der er blandt patienter indlagt på somatiske afdelinger og ambulatorier påvist en meget høj forekomst (35 %) af psykiske lidelser (18). Forekomsten er specielt meget høj blandt yngre patienter. Som det er tilfældet i almen praksis diagnosticeres psykiske lidelser ofte ikke, og meget få med psykiatriske lidelser henvises til psykiatrisk vurdering og behandling under indlæggelse på somatiske afdelinger (18).

Konklusion vedrørende forekomst af psykiske lidelser

Der er i befolkningen en udbredt forekomst af psykiske lidelser. Internationale undersøgelser tyder på, at kun en mindre del søger hjælp hos deres egen læge. Blandt patienter i almen praksis og på somatisk afdeling er forekomsten af psykiske lidelser langt større end i baggrundsbeholdningen.

Figur 8.1. Andelen (%) i forskellige aldersgrupper, der i 2004 har haft kontakt til hospitalsvæsenet som følge af psykiske lidelser (ambulant kontakt, skadestuebesøg, indlæggelse).



Kilde: Landspatientregisteret.

Sammenfattende kan det konkluderes, at hvis resultaterne af udenlandske undersøgelser overføres til danske forhold, så vil ca. 20 % af befolkningen i løbet af ét år have psykiske symptomer svarende til kriterierne for en eller flere psykiske sygdomme.

Belastning på individ og samfundsniveau

Mindst 200.000 danskere lider til enhver tid af depression, 200.000 af angst og 200.000 af misbrug. Herudover er 40.000 ramt af svære psykoser og 50.000 af demens. Hver anden dansk familie kommer i kontakt med behandlingssystemet. Depression er – målt i tabte gode leveår – den mest belastende sygdom i Danmark. I almen praksis er der årligt næsten 1,42 mio. lægekonsultationer vedrørende psykiske problemer og psykiske lidelser (15).

I ”Forslag til en national strategi for sundhedsvidenskab” (19) er oplistet de ti sygdomme, der er forbundet med det højeste årlige sengedagsforbrug. Skizofreni står øverst på denne liste med en halv mio. sengedage, og manio-depres-

siv psykose (nu kaldet bipolar affektiv lidelse) er nummer fire med en kvart mio. sengedage.

Overdødelighed og sygelighed

Der er en overdødelighed ved samtlige psykiske sygdomme. Denne overdødelighed skyldes først og fremmest øget selvmordsdødelighed, men der er også overdødelighed ved ulykker, sygdom, ubestemt døds måde og endog drab. Selvmordsdødeligheden blandt psykisk syge i behandling i hospitalsvæsenet er halveret i de sidste 20 år ligesom i den øvrige befolkning, men selvmordsdødeligheden er fortsat mere end 20 gange større blandt patienter med affektiv sygdom og skizofreni end blandt aldrig indlagte (20-23).

Patienter indlagt på psykiatrisk afdeling har en øget forekomst af somatisk sygelighed, og de har også somatisk betinget overdødelighed af alle sygdomme undtagen kræft (20,21,24).

Sociale forskelle

De sociale forskelle i forekomsten af psykiske lidelser er beskrevet tidligere i kapitlet. Disse forskelle skyldes dels en større forekomst af psykisk sygelighed blandt personer med kort eller ingen erhvervsuddannelse, og dels at psykiske sygdomme kan have sociale konsekvenser i form af ringere indtægtsgrundlag og egentlig social deroute. De beskrevne forskelle kan suppleres med analyser fra SUSY-2000, der viser, at aktivitetsbegrænsninger i det daglige på grund af følelsesmæssige problemer optræder dobbelt så hyppigt blandt personer med kort uddannelse som blandt personer med lang og dobbelt så hyppigt blandt enlige (ugifte, separerede og fraskilte) som blandt gifte (25). Ligeledes er der klare sociale forskelle mht. forekomsten af psykisk velbefindende og vitalitet: Jo højere uddannelsesniveau desto større forekomst. Også her findes forskelle i forhold til samlivsstatus, hvor en markant større andel af gifte end samlevende, enlige og enker/enkemænd rapporterer godt psykisk velbefindende og god vitalitet (25).

Omkostningerne ved psykiske lidelser

Ud over at psykiske lidelser påfører patienten lidelse, påfører de også samfundet store både direkte og indirekte tab i form af tabt arbejdsevne, sygemeldinger, pensionering og et stort overforbrug af ikke-psykiatriske sundhedsydelser

(26-29). De indirekte samfundsøkonomiske omkostninger for lette til moderate depressioner er i Danmark, på baggrund af udenlandske undersøgelser, anslået til 5-7 mia. kr., men solide danske tal foreligger dog ikke (29). De direkte omkostninger ved skizofreni er ikke undersøgt, men i Sundhedsstyrelsens referenceprogram for skizofreni refereres en undersøgelse, der estimerer de direkte og indirekte omkostninger til at være 3,4 mia. kroner (1992 priser) (30). Social- og sundhedsvæsenets omkostninger til pleje og behandling af personer med demens er i 2005 opgjort til 5,5-12,8 mia. kr. afhængig af hvilken incidensrate (dvs. forekomsten af nye tilfælde i løbet af et år), der anvendes (31).

Psykiske lidelser er i dag den mest almindelige diagnose ved tilkendelsen af førtidspension. I 1999-2003 udgjorde de psykiske lidelser tilsammen 33 % af samtlige nytilkendelser (se tabel 6 i kapitel 4), og hertil kommer en del tilkendelser som er klassificeret som værende på grund af selvmordsforsøg og ulykker. Også ved langvarige sygedagpengesager spiller psykiske lidelser en stor rolle.

Udviklingen inden for psykiatrien

Psykiatrien har i de sidste 30 år været igennem en omstrukturingsproces, hvorunder der er nedlagt to tredjedele af de sengepladser, der var i 1976, da statshospitalerne overgik til amterne. En del af disse sengepladser er dog overgået til socialektorens regi, og i løbet af de sidste 15 år er der etableret botilbud til psykisk syge i kommunerne og i de tidligere amter i et omfang, der i betydelig grad kompenserer for nedlæggelsen af sengepladser. Samlet set er 8.000 sengepladser nedlagt, og der er etableret ca. 5.500 psykiatriske botilbudspladser med personaletilknytning. Samtidigt er der sket en markant udvikling af de ambulante tilbud i form af distriktpsikiatriske centre og udgående og opsøgende teams, og der er etableret kontaktpersonordninger i kommunerne, hvorved sindslidende kan få støtte fra kommunale medarbejdere i eget hjem. Denne omorganisering har for langt de fleste sindslidende betydet en tydelig fremgang i livskvalitet og råderum, men der har med rette været et betydeligt fokus på den gruppe, der ikke kunne klare sig med den form for støtte, de blev tilbudt. Dette har ført til udvikling af intensive ambulante behandlingsprogrammer med mulighed for udgående og opsøgende funktion.

Psykiatrien bevæger sig ligesom somatikken (de fysiske sygdomme) mod stigende specialisering, f.eks. ved specialiserede teams for unge med psykose, opsøgende psykose-teams, specialklinikker for spiseforstyrrelser, angst og depression og for affektive lidelser. Denne specialisering vil medføre en faglig udvikling i behandlingstilbuddet.

Etableringen af Psykiatrifonden i 1996 har også haft betydning for udviklingen i kraft af kurser og undervisningstilbud, bøger og materialer om psykiatriske og mentalhygiejniske emner og qua etableringen af en telefonlinie, der er åben alle ugens dage. Desuden indgår Fonden direkte i socialpsykiatriske aktiviteter og projekter.

Allerede inden kommunalreformen varetog kommunerne forebyggelsesopgaver inden for det socialpsykiatriske område. Ifølge den nye sundhedslov skal der indgåes sundhedsaftale mellem regionsråd og hver enkelt kommunalbestyrelse vedr. varetagelsen af indsatsen overfor sindslidende.

Forebyggelsesmuligheder

Grænserne mellem forebyggelse, behandling og rehabilitering er flydende på det psykiatriske område. Når man ser bort fra misbrugstilstande, så har forebyggelsesmulighederne i forhold til psykiske lidelser indtil videre fortrinsvist haft karakter af såkaldt tertiær forebyggelse, nemlig forebyggelsesindsatser, der sigter mod at begrænse komplikationerne som følge af sygdommen. Væsentlige indsatsområder har været kvalitetsudvikling af behandlingsmetoder og -tilbud gennem bl.a. uddannelse af personale, modernisering af de fysiske rammer, udbygning af distriktpsikiatriske tilbud, referenceprogrammer, fastlæggelse af kliniske retningslinier for behandling og opbygning af specialiserede tilbud.

I forbindelse med Folkesygdomsprojektet har Sundhedsstyrelsen igangsat et modelprojekt om fysisk aktivitet i psykiatrien. Formålet var at styrke brugen af fysisk aktivitet i forebyggende og behandlende øjemed for psykiatriske patienter på fire modelafdelinger. Resultaterne viste bl.a., at et systematisk tilbud om fysisk aktivitet kan implementeres i forskellige psykiatriske behandlingsmiljøer, at patienterne kom i bedre form, at størstedelen af patienterne var motiveret for fysisk aktivitet og opfattede motionen som en meningsfyldt del af behandlingen, og at personalet vurderede, at patienterne fik mere selvtilid og blev mere aktive og sociale (32).

Mulighederne for at forebygge, at psykisk sygdom opstår, er stærkt begrænsede, bl.a. fordi årsagsforholdene ved psykiske lidelser endnu er uafklarede. En del generelle forebyggelsesindsatser, der sigter mod at forbedre befolkningens trivsel, kan dog have en positiv indflydelse på forekomsten af psykiske lidelser som depressive og stressrelaterede tilstande. Her kan nævnes indsats i forhold til det psykiske arbejdsmiljø og i forhold til stress og mobning både i og uden for arbejdsmarkedet. Også de praktiserende læger har væsentlige funktioner i relation til tidlig opsporing og indsats over for psykiske lidelser.

Forhåbentlig vil en øget forskningsindsats på det psykiatriske område i fremtiden muliggøre en årsagsrettet forebyggende indsats.

Selvmordsadfærd

Selvmordsadfærd anvendes her som en fællesbetegnelse for selvmord, selvmordsforsøg og selvmordstanker. De forskellige former omtales hver for sig nedenfor.

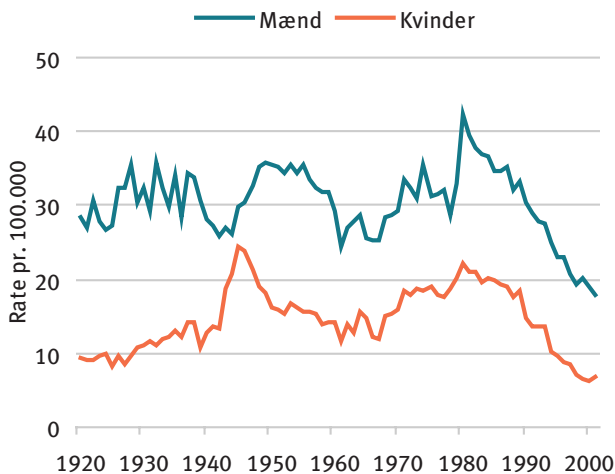
Selvmord

WHO afgrænser selvmord til ”en handling med dødelig udgang, som afdøde med viden eller forventning om et dødeligt udfald havde foranstaltet og gennemført med det formål at fremkalde de af den afdøde ønskede forandringer” (33).

I 2005 var der 628 selvmord i Danmark – 455 blandt mænd og 173 blandt kvinder. Det svarer til 1,2 % af alle dødsfald. Udviklingen i den aldersstandardiserede selvmordsrate fremgår af figur 8.2. I alle årene har raten været højere blandt mænd end blandt kvinder. Blandt mænd toppede raten i 1980 (42 pr. 100.000) og er siden faldet støt til 18 pr. 100.000 i 2001. Blandt kvinder var raten høj i 1945 (24 pr. 100.000) men har siden 1950’erne haft samme udvikling som blandt mænd, men på et lavere niveau. I 2001 var raten blandt kvinder 7 pr. 100.000.

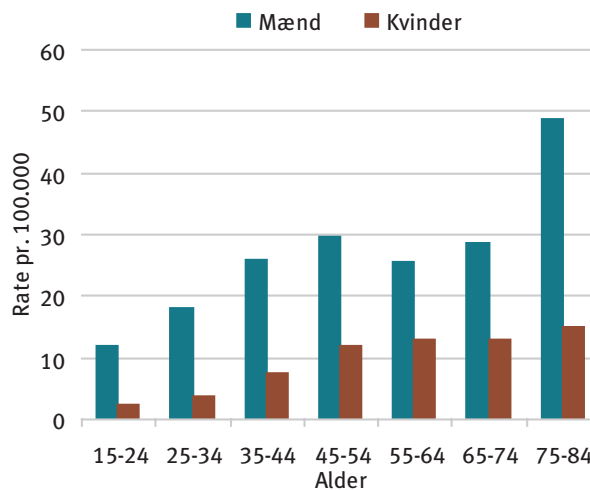
Selvmordsraten stiger jævnt med stigende alder frem til 75-års alderen, hvor stigningen bliver stejl. I alle aldersgrupper er selvmordsraten højere blandt mænd end blandt kvinder (figur 8.3)

Figur 8.2. Selvmord i Danmark 1920-2001 blandt mænd og kvinder. Direkte standardiserede rater pr. 100.000.



Kilde: Juel, 2005.

Figur 8.3. Selvmord i Danmark 1999-2001. Køns- og aldersspecifikke rater pr. 100.000.

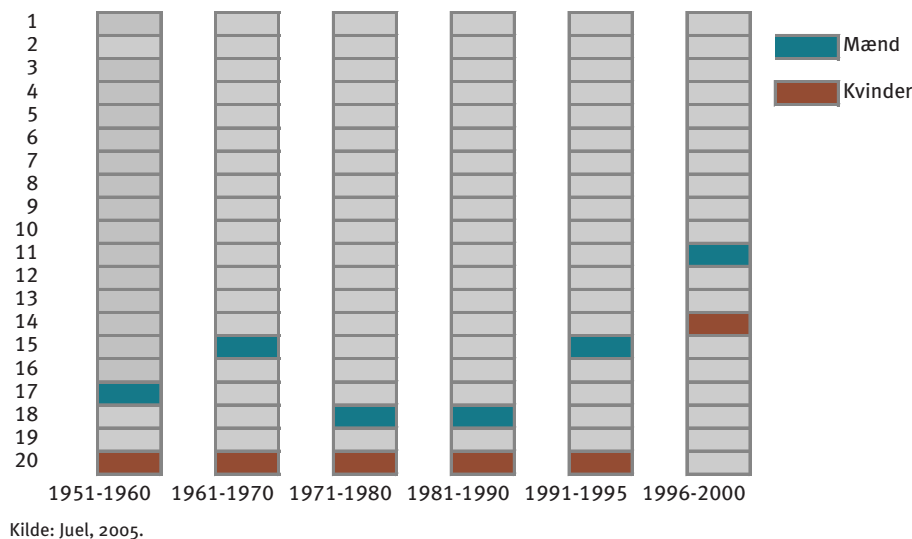


Kilde: Juel, 2005.

I hele perioden 1920-2001 har hængning og forgiftning været de mest udbredte selvmordsmetoder både blandt mænd og kvinder.

Faldet i selvmordsraten skyldes først og fremmest et fald i antallet af forgiftningsdødsfald – dels pga. ændringer i adgangen til en række lægemidler og kulilte, dels pga. forbedret behandling af forgiftninger og dermed øget overlevelse (34).

Figur 8.4. Dødeligheden ved selvmord 1951-2000. Danmarks placering blandt 20 lande (1 bedst, 20 dårligst). Alder 15-74 år, aldersstandardiserede rater pr. 100.000.



Sammenlignet med de fleste vestlige lande har Danmark siden 1950'erne haft en relativ høj selvmordsrate. Figur 8.4 viser en summarisk oversigt over Danmarks relative placering blandt 20 OECD lande. Helt frem til midten af 1990'erne lå danske mænd i den dårligste fjerdedel af landene og danske kvinder havde den dårligste placering (højeste selvmordsrate). Først i sidste halvdel af 1990'erne er danskerne relative placering forbedret, og mændene ligger nu på en 11. plads og kvinder på en 14. plads (35).

Selvmordsforsøg

Ifølge WHO's definition er et selvmordsforsøg "en handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller lignende – eller udviser anden ikke-vanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser" (33).

Definitionen understreger, at et selvmordsforsøg ikke nødvendigvis skal forstås som et mislykket selvmord, men at det også rummer den adfærd, der er skadevoldende, hvis ikke andre griber ind. Desuden rummer definitionen, at der kan ligge en anden intention end døden bag et selvmordsforsøg, nemlig fremme af forandringer, f.eks. at komme ud

af en utålelig situation eller tilstand. Handlinger, som ikke er livstruende, eller handlinger, som ikke forvolder skade, kan derfor også være selvmordsforsøg ifølge definitionen (36).

Det har været forslået at erstatte betegnelsen selvmordsforsøg med "bevidst forgiftning", "bevidst selvskade" eller "parasuicidium" – men indtil videre benyttes WHO's definition som grundlag for registreringen i Landspatientregisteret.

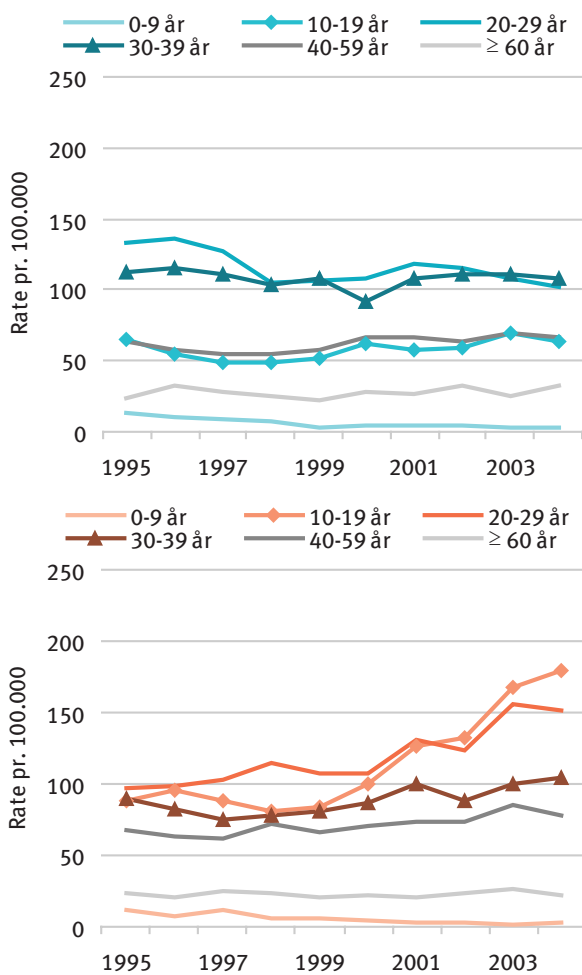
Selvskade er en bredere kategori end selvmord og selvmordsforsøg. Skaden er en bevidst selvforårsaget skade af ens eget legeme, hvor skaden er foretaget af den pågældende alene uden hjælp fra andre, og hvor skaden er af en sværhedsgrad, så der opstår vævsskade, f.eks. resulterende i et ar (36). I forhold til selvmordsforsøg afgrænses selvskade ved, at handlingen ikke foretages for at fremme ønskede forandringer via handlingens konsekvenser, at handlingen er strengt privat og en form for selvhjælp (ikke et råb om hjælp) samt at handlingen ofte er vanemæssig (36). Bevidst selvskade (selv-mutilation) og selvmordsforsøg forekommer ofte hos den samme patient, og det kan være vanskeligt at sondre mellem de to former for adfærd.

Selvmordsforsøg registreres rutinemæssigt i Landspatientregisteret (LPR). Det er almindeligt anerkendt, at fore-

komsten af hospitalsbehandlede selvmordsforsøg i LPR er betydeligt underrapporteret (36), og at der er betydelig variation fra sygehus til sygehus i registreringen af selvmordsforsøg (37).

I perioden 1995 til 2004 blev der årligt registreret mellem godt 1.600 og 2.000 skadestuekontakter som følge af selvmordsforsøg blandt mænd og mellem 1.700 og 2.400 årlige kontakter blandt kvinder. I 2004 kontaktede 4.100 personer (80 pr. 100.000 indbyggere) en somatisk skadestue med i

Figur 8.5. Udviklingen i skadestuekontakter vedr. selvmordsforsøg* blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Rate pr. 100.000.



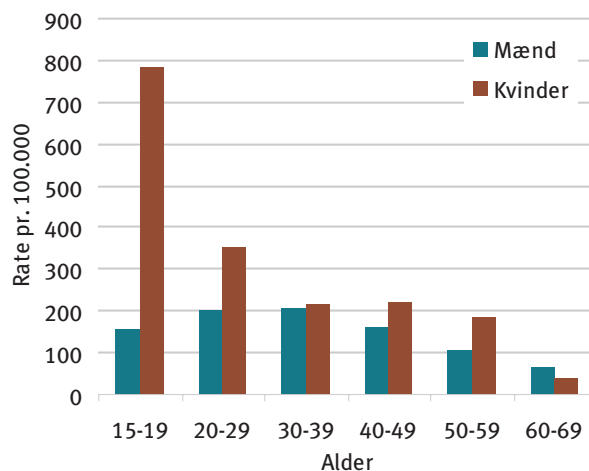
* Selvmordsforsøg er afgrænset til kontakter med kontaktårsagskode 4, der angiver, at kontakten angik en bevidst selvskaade.
Kilde: Helweg-Larsen 2005.

alt 6.110 kontakter. Hertil kommer 75 personer, der tilsammen havde 87 kontakter til psykiatrisk skadestue (37). I perioden er kontakthypigheden blandt mænd uændret, mens der ses en klar stigning blandt især yngre kvinder (figur 8.5).

Center for Selvmordsforskning (www.selvmordsforskning.dk) har siden 1989 registreret selvmordsforsøg med kontakt til sygehuse i Fyns Amt, enten i form af indlæggelse eller skadestuebesøg på somatisk eller psykiatrisk afdeling (38). I 2004 blev der i alt registreret 693 tilfælde, svarende til 178 pr. 100.000 indbyggere. Opgørelserne viser – svarende til Landspatientregisteret – en uændret forekomst blandt mænd, men en stigning blandt kvinder og især blandt de yngste kvinder. Det fremgår af figur 8.6, at hypigheden af selvmordsforsøg er markant højere i de yngste aldersgrupper og falder med stigende alder.

Der er markante forskelle i opgørelsen af selvmordsforsøgshypigheden baseret på Landspatientregisteret og på data fra Fyns Amt. En af de væsentligste begrundelser for forskellen er formentlig underrapporteringen i Landspatientregisteret, og forsøg med udvidelse af afgrænsningen for selvmordsforsøg til også at omfatte selvskaade resulterede da også i ca. 2.000 flere kontakter som følge af selvmordsforsøg/selvskaade, om end kun 70 % af det samlede antal tilfælde skønnedes at ligge inden for WHO's kriterier

Figur 8.6. Selvmordsforsøg blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Fyns Amt 2004. Rate pr. 100.000.



Kilde: Center for selvmordsforskning.

for selvmordsforsøg (37). En anden væsentlig begrundelse er, at selve det at sætte fokus på registreringen af selvmordsforsøg formentlig i sig selv vil betyde overrapportering. Overføres ovennævnte analyser til Fyns Amts register, betyder det, at ca. 30 % af de registrerede tilfælde ikke svarer til WHO's kriterier for selvmordsforsøg (37,38). Endvidere kan der over tid være sket en ikke formaliseret udvidelse af afgrænsningen af selvmordsforsøg.

Endelig er den selvrappede forekomst af selvmordsforsøg monitoreret i Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne med spørgsmålet: "Har De inden for det sidste år forsøgt at tage Deres eget liv?". I 2005 angav 0,4 %, at de havde forsøgt at tage deres eget liv inden for det seneste år. Det svarer til ca. 16.000 personer på 16 år eller derover (tabel 8.4). Svarende til opgørelsen fra Landpatientregisteret og Fyns Amt er forekomsten af selvrappede selvmordsforsøg højest blandt de yngste og aftager med stigende alder.

Tabel 8.4. Forekomst (%) af selvrappede selvmordsforsøg i 1994-2005.

	1994	2000	2005	2005 Antal i 1.000
	%	%	%	
Mænd	0,6	0,4	0,3	7
Kvinder	0,4	0,3	0,4	9
I alt	0,5	0,4	0,4	16

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

Selvordstanker

Selvordstanker kan spænde fra kortvarige, strejfende tanker til plagsomme, konstant tilstedeværende selvmordsovervejelser (39). I realiteten kan det omfatte alt fra normalpsykologiske tanker og forestillinger om liv og død, over mere veltilrettelagte tanker og forestillinger om selvdestruktion til egentlig psykiatrisk diagnosticerede, tvangsprægede forestillinger (40).

Udbredelsen af selvordstanker er belyst i Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne med spørgsmålet: "Har De inden for det sidste år tænkt på at tage Deres eget liv, selvom De faktisk ikke ville gøre det?"

I 2005 angav 6,9 % af voksne at have selvordstanker. Forekomsten er markant højere i de yngste aldersgrupper og aftager med stigende alder. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt kvinder, der har haft selvordstanker end blandt mænd. I ingen af aldersgrupperne er der sket statistisk sikre ændringer i perioden 1994 til 2005 (figur 8.7).

Figur 8.7. Forekomst (%) af selvordstanker blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 1994-2005.



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

Litteraturliste

1. World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions - Report from the WHO European Ministerial Conference. WHO Regional Office for Europe, 2005.
2. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.
3. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005). København: Statens Institut for Folkesundhed, 2005.
4. Hagnell O, Lanke J, Rorsman B. Suicide and depression in the male part of the Lundby study. Changes over time during a 25-year observation period. *Neuropsychobiology* 1982;8:182-7.
5. Lehtinen V, Joukamaa M. Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994;377:7-10.
6. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B et al. The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain - initial findings from the household survey. *Psychol Med* 1997;27:775-89.
7. Murphy JM, Laird NM, Monson RR, Sobol AM, Leighton AH. A 40-year perspective on the prevalence of depression: the Stirling County Study. *Arch Gen Psychiatry* 2000 Mar;57 (3):209-15.
8. Spaner D, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Major depressive disorder. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994;376:7-15.
9. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry* 2001 Feb;178 :145-53.
10. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry* 1994;151:413-20.
11. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
12. Üstün TB, Sartorius N (red.). Mental Illness in General Health Care. An International Study. John Wiley & Sons, 1995.
13. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:355-64.
14. Hagnell O. Repeated incidence and prevalence studies of mental disorders in a total population followed during 25 years. The Lundby Study, Sweden. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1989;348:61-77.
15. Hansen DG, Rasmussen NK, Munck A. Folkesygdomme i almen praksis. Forekomst og forebyggelsesperspektiver vurderet i forbindelse med en auditregistrering. Audit Projekt Odense, Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense, Syddansk Universitet og Statens Institut for folkesundhed, 2005.
16. Kessing LV, Hansen HV, Hougaard E, Hvenegaard A, Albæk J. Forebyggende ambulant behandling ved svær affektiv lidelse (depression og mani) - en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2006.
17. Kessing LV. Diagnostic stability in bipolar disorder in clinical practise as according to ICD-10. *J Affect Disord* 2005 Apr;85 (3):293-9.
18. Hansen MS. Mental Illness in Medical Inpatients. Århus: Århus Universitet, 2001.
19. Det nationale strategivalg for sundhedsvidenskab. Forslag til national strategi for sundhedsvidenskab. Forskningsministeriet, 1995.

20. Mortensen PB, Juel K. Mortality and causes of death in schizophrenic patients in Denmark. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81:372-7.
21. Munk-Jørgensen P, Mors O, Mortensen PB, Ewald H. The schizophrenic patient in the somatic hospital. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000;(407):96-9.
22. Nordentoft M, Laursen TM, Agerbo E, Qin P, Høyer EH, Mortensen PB. Change in suicide rates for patients with schizophrenia in Denmark, 1981-97: nested case-control study. *BMJ* 2004 Jul 31;329 (7460):261-6.
23. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry* 2005 Apr;62 (4):427-32.
24. Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M, Mortensen PB. Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2007;68(6):899-907.
25. Kjølner M, Rasmussen NK (red.). Sundhed og Sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
26. Christensen MB. Frequent attenders at the out of hours service in Denmark – Implementation of change in general practice. Århus: Århus Universitet, 2001.
27. Fink P. Psykiatrisk og somatisk comorbiditet. Befolkningens forbrug af hospitalsindlæggelser. Århus: Århus Universitet, 1993.
28. Jørgensen CK. Patients with musculoskeletal illness in general practise. An analysis with emphasis on mental health issues. Århus: Århus Univeristet, 2000.
29. Institut for Sundhedsvæsen, Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd. Depression – en folkesygdom der skal behandles? København: DSI – Institut for Sundhedsvæsen, 1999.
30. Sekretariatet for referenceprogrammer 2004. Referenceprogram for udredning og behandling af skizofreni. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.
31. Sørensen J, Gudex CM, Andersen CK. Demenssygdommes fremtidige økonomiske belastning af social- og sundhedsvæsenet. *Ugeskrift for Læger* 2006;168:3432-6.
32. Rådgivende Sociologer, SinusLiv. Fysisk aktivitet i sygehusvæsenet – modelindsats på psykiatriske afdelinger. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.
33. Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide. York, 22-26 September 1986. Summary Report. WHO, Regional Office for Europe, 1986.
34. Nordentoft M, Qin P, Helweg-Larsen K, Juel K. Time-trends in method-specific suicide rates compared with the availability of specific compounds. The Danish experience. *Nord J Psychiatry* 2006;60(2):97-106.
35. Juel K. Selvmord i Danmark 1920-2001. I: Helweg-Larsen K (red.). Selvmord i Danmark. Markant fald, men stigende antal selvmordsforsøg – Hvorfor? København: Statens Institut for Folkesundhed, 2005.
36. Sundhedsstyrelsen. Vurdering og visitation af selvmordstruede – Vejledning til sundhedspersonale. Sundhedsstyrelsen, 2007.
37. Helweg-Larsen K, Laursen B, Kruse M. Sygehuskontakt ved selvmordshandling. I: Helweg-Larsen K (red.). Selvmord i Danmark. Markant fald, men stigende antal selvmordsforsøg – Hvorfor? København: Statens Institut for Folkesundhed, 2005.
38. Christiansen E, Jensen BF. Register for Suicide Attempts. *Dan Med Bull* 2004;51(4):415-7.
39. Sundhedsstyrelsen. Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen, 1998.
40. Goldney RD, Smith S, Winefield AH, Tiggeman M, Winefield HR. Suicidal ideation: its enduring nature and associated morbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1991;83(2):115-20.

