

**Etniske Forskelle  
i  
kontaktmønstret  
til psykiatrisk behandling**  
**Et registerbaseret studie**

**Karin Helweg-Larsen, Marianne Kastrup  
Armando Baez, Esben M Flachs**

**Videnscenter for Transkulturel Psykiatri  
i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed**

**2007**

**ETNISKE FORSKELLE I KONTAKTMØNSTERET**

**TIL**

**DET DANSKE PSYKIATRISKE BEHANDLINGSSYSTEM**

**ET REGISTERBASERET STUDIE**

**KARIN HELWEG-LARSEN, MARIANNE KASTRUP,**

**ARMANDO BAEZ OG ESBEN M FLACHS,**

**VIDENSCENTER FOR TRANSKULTUREL PSYKIATRI,**

**PSYKIATRISK KLINIK RIGSHOSPITALET**

**I SAMARBEJDE MED STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED**



**Psykiatrivirksomheden**

**Etniske forskelle i kontaktmønsteret til psykiatrisk behandling.  
Et registerbaseret studie.**

**Karin Helweg-Larsen, Marianne Kastrup, Armando Baez, Esben M Flachs**

Videnscenter for Transkulturel Psykiatri, Psykiatrisk Klinik Rigshospitalet, Region Hovedstaden.

Copyright © Videnscenter for Transkulturel Psykiatri. København, april 2007.

Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller, citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.  
Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes  
sendt til Videnscenter for Transkulturel Psykiatri, Psykiatrisk Klinik Rigshospitalet, Region Hovedstaden.

Rapporten kan erhverves ved henvendelse til:

Statens Institut for Folkesundhed  
Øster Farimagsgade 5 A, 2  
1399 København K

Telefon: 3920 7777  
Fax 3920 8010

E-mail: [sif@si-folkesundhed.dk](mailto:sif@si-folkesundhed.dk)  
**[www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)**

eller

Videnscenter for Transkulturel Psykiatri  
Rigshospitalet afsnit 8121  
Griffenfeldsgade 46  
2200 København N

E-mail: [transkulturel-psykiatri@rh.regionh.dk](mailto:transkulturel-psykiatri@rh.regionh.dk)  
**[www.vftp.dk](http://www.vftp.dk)**

**ISBN 978-87-92175-00-7**

Pris: 100 kr.

## Forord

Videnscenter for Transkulturel Psykiatri, Psykiatrisk Klinik Rigshospitalet, Psykiatrivirksomheden Region Hovedstaden, ansøgte i 2004 Indenrigsministeriet og Sundhedsministeriet om økonomisk støtte til at belyse kontaktmønsteret til det psykiatriske behandlingssystem blandt indvandrere og efterkommere i Danmark. Ministeriet har bevilliget midler fra psykiatripuljen 2003-2006, til nærværende projekt, som er gennemført i perioden 2005-2006 og er afrapporteret til Ministeriet i december 2006 i overensstemmelse med betingelserne for bevillingen.

Der har ikke tidligere foreligget en samlet beskrivelse af kontaktmønsteret blandt forskellige etniske grupper i Danmark. Det vil sige, at der ikke har været viden om, i hvilket omfang og for hvilke psykiske lidelser de etniske minoritetsgrupper i Danmark indlægges eller behandles ambulant. Denne viden er en vigtig forudsætning for at kunne yde en hensigtsmæssig service og for planlægningen af forebyggelses-tiltag. Der har derfor været behov for at vurdere kontaktmønsteret blandt indvandrere og efterkommer i forhold til mønsteret i den etnisk danske befolkning.

Nærværende rapport præsenterer et overblik over kontaktmønsteret og relaterer resultaterne til en tidligere danske og udenlandske undersøgelser af forekomsten af psykisk sygdom i forskellige etniske grupper. Resultaterne peger på en række mulige årsager til, at flere psykiske lidelser forekommer relativt hyppigere blandt indvandrere og efterkommere sammenlignet med etnisk danske. Det vil på basis af data indhentet til nærværende undersøgelse være muligt at gennemføre yderligere mhp at vurdere betydningen af bl.a. sociale faktorer på kontaktmønsteret. Rapporten omfatter derfor også forslag om fremtidige forskningsprojekter.

Projektet er gennemført i et samarbejde mellem Videnscentret og Statens Institut for Folkesundhed. Overlæge Marianne Kastrup og speciallæge Karin Helweg-Larsen er ansvarlige for rapporten og har sammen med speciallæge Armando Baez planlagt undersøgelsen, tolket og sammenskrevet resultaterne. Etableringen af en database og dataanalyser er udført af cand.scient Esben M Flachs. Ole Schnor takkes for assistance til indhentning af data.

Projektet er fulgt af en referencegruppe bestående af Johanne Bratbo, Mette Fjording, Marianne Jespersen, Allan Krasnik, Preben Bo Mortensen og med Anne Lindhardt som formand. Referencegruppen takkes for sin støtte til og interesse for projektet. Indenrigs- og Sundhedsministeriet takkes for den økonomiske støtte, som har muliggjort projektet.

Marianne Kastrup  
København, 2007

<b>1. SAMMENFATNING</b>	<b>7</b>
1.1 Hovedresultater	10
2.2 Perspektiver	15
<b>2. BAGGRUND</b>	<b>17</b>
Sammenfatning af litteraturgennemgang	21
<b>3. MATERIALE OG METODE</b>	<b>23</b>
3.1 Kriterier for dataudtræk	24
3.2 Afgrænsning af kontaktmønster	25
Prioritering af aktionsdiagnoser	26
3.3 Etnicitet; Datakilder og definitioner	27
Danmarks Statistiks definitioner	27
Undersøgelsens definition af etnicitet	28
<b>4. BAGGRUNDSPOPULATIONEN</b>	<b>30</b>
<b>5. UNDERSØGELSENS POPULATION</b>	<b>32</b>
5.1 Kønsfordeling	32
5.2 Aldersfordeling	33
5.3 Etnisk gruppering	34
5.4 Fødeland	35
<b>6. RESULTATER</b>	<b>38</b>
6.1 Kontaktrater	38
7.1 Patientrater i 2003	40
Aldersforskelle i patientrate og kontaktype	45
7.2 Kontaktrate, omfanget af kontakter i 2003	46
Aldersforskelle i kontaktrater	49

<b>8. KONTAKTER TIL DET SOMATISKE SYGEHUSVÆSEN</b>	<b>53</b>
<b>9. INDLÆGGELSESVILKÅR</b>	<b>55</b>
Aldersforskelle i indlæggelsesvilkår	57
<b>10. INDLÆGGELSESTID</b>	<b>59</b>
<b>11. INCIDENS I 2003</b>	<b>61</b>
Aldersforskelle i incidens	63
<b>12. ETNISKE FORSKELLE I SPECIFIKKE PSYKISKE LIDELSER</b>	<b>65</b>
12.1 Patientantal i hver diagnostisk gruppe	67
12.2 Populationens fordeling på prioriterede diagnoser	69
<b>13. KONTAKTRATER FOR UDVALGTE PSYKISKE LIDELSER I 2003</b>	<b>71</b>
13.1 Misbrugsrelaterede lidelser	73
13.2 Skizofreni og andre psykoser	77
Kontakthypighed i 2003	77
Resultaterne relateret til andre studier	81
13.3 Depressioner – bipolare lidelser, affektive lidelser	85
Resultaterne relateret til andre studier	87
13.4 Nervøse, stressrelaterede lidelser	89
PTSD	91
Resultaterne relateret til andre undersøgelser	94
13.5 Personlighedsforstyrrelser	97
Resultaterne relateret til andre studier	100
13.6 Selvdestruktiv adfærd/selvmodsforsøg	103
Resultaterne relateret til andre studier	105
13.8 Z-koder	107
<b>12. KONKLUSIONER</b>	<b>109</b>
<b>REFERENCER</b>	<b>113</b>



## 1. Sammenfatning

Denne rapport er baseret på data om kontakter i 2003 til det danske sundhedsvæsen pga. en psykiatrisk lidelse eller en selvmordshandling. Ud fra Det Psykiatriske Centralregister, Landspatientregisteret og Danmarks Statistik er der etableret en database, som kan belyse kontaktmønsteret til psykiatrien blandt alle personer med dansk CPR-nummer. Undersøgelsen omfatter dog ikke data om kontakter til psykiatrisk speciallægepraksis .

Undersøgelsens formål har været

- at vurdere, hvorledes personer af forskellig etnisk herkomst anvender tilgængelig psykiatrisk service
- at beskrive etniske minoritetsgruppers kontaktmønster til det danske psykiatriske behandlingssystem sammenlignet med etniske danskere kontaktmønster.

Videnscenter for Transkulturel Psykiatri er initiativtager til undersøgelsen. Videnscentret har til opgave at øge sundhedsvæsenets indsigt i, hvilken betydning kultur har for psykiske problemers udtryk eller manifestation. Undersøgelsens resultater er derfor væsentlige for dets videre arbejde, idet den belyser kontaktmønsteret blandt forskellige etniske grupper til det sekundære psykiatriske sundhedsvæsen og dermed også giver

en indsigt i hvilke kompetencer, der kræves af sundhedspersonalet, når det skal betjene en etnisk blandet patientgruppe.

Populationen omfatter i alt 50.477 forskellige personer. For hver enkelt er der indhentet data om kontaktttype (indlæggelse, ambulans kontakt og skadestuekontakt), diagnoser, indlæggelsesgrundlag og længde af indlæggelse i 2003. Fra Sundhedsstyrelsens tvangsregister indgår der data om foranstaltninger i henhold til psykiatriloven.

Databasen rummer Danmarks Statistiks oplysninger om personens eget og forældres fødeland. Det har muliggjort en gruppering af populationen i fem etniske kategorier:

- Etnisk danske; begge forældre og personen er født i Danmark
- Adopterede; personen er født i andet land (eksklusive vesteuropæiske lande), og begge forældre er født i Danmark
- Indvandrere
- Efterkommere A; personen er født i Danmark, og begge forældre er født i andet land
- Efterkommere B; personen født i Danmark, den ene forældre er født i Danmark, den anden forældre er født i andet land.



Den anvendte definition af etnicitet adskiller sig fra Danmarks Statistiks inddeling af befolkningen i tre overordnede etniske kategorier: danske, indvandrere og efterkommere.

Baggrunden for, at vi har valgt at inddele populationen i fem etniske kategorier er, at en række udenlandske undersøgelser har påvist markante forskelle i hyppigheden af forskellige psykiske problemer og sygdomme blandt voksne adoptivbørn og også blandt efterkommere med forældre af forskellig oprindelse, dvs. i etnisk heterogene familier, i forhold til majoritetsbefolkningen.

Der er tidligere ud fra danske registerdata beskrevet en højere forekomst af skizofreni blandt indvandrergrupper, også blandt indvandrere fra andre nordiske lande, i forhold til forekomsten blandt dansk fødte. Et par danske spørgeskemaundersøgelser har påvist, at der er en relativ høj forekomst af forskellige psykiske problemer blandt indvandrere, og at forekomsten især er høj blandt unge med anden etnisk herkomst end dansk, dvs. både blandt unge indvandrere og efterkommere.

Der er dog ikke tidligere gennemført en samlet beskrivelse af behandlingskrævende psykiske lidelser i forskellige etniske grupper i Danmark. Nærværende undersøgelse omfatter samtlige kontakter til det psykiatriske behandlingssystem i et enkelt år, og den perspektiverer, at der er forskellig risiko i forskellige etniske grupper i Danmark for at

udvikle psykiske lidelser, som medfører kontakt til psykiatrien. Den påviser også, at der er forskel i arten af de psykiske lidelser, som medfører kontakterne til behandlingssystemet.

De påviste markante etniske forskelle kan både skyldes forskelle i sygdomsforekomst, forskelle med hensyn til forløb af sygdommene og forskelle i tilbøjelighed til at søge behandling. Undersøgelsen er baseret på tværnsnitsdata, dvs. omfanget og karakteren af alle kontakter til psykiatrien på et givent tidspunkt (2003), som ikke muliggør sikre konklusioner om årsagssammenhænge mellem forskellige typer af psykiske sygdomme og etnicitet. Undersøgelsen påviser dog så markante forskelle i de etniske gruppers kontaktmønstre, at det giver anledning til overvejelser om, hvilke faktorer der kan have afgørende betydning herfor.

En væsentlig faktor for forskellene kan være, at der eksisterer markante variationer i den diagnostiske afgrænsning inden for en række psykiske sygdomme knyttet til kulturelle og etniske forskelle i manifestationen af symptomer. De her anvendte data er udelukkende baseret på de indberettede diagnoser til de to registre, og der er ikke mulighed for direkte at validere diagnoserne. Betydningen af forskelle i diagnostik kan derfor ikke nærmere undersøges. En række andre undersøgelser har imidlertid påpeget betydelige variationer i diagnostisk praksis, som blandt andet betyder, at der er risiko for, at

der sker en overdiagnosticering af psykotiske lidelser blandt etniske minoriteter. Dette

Undersøgelsens resultater genererer en række hypoteser om årsagssammenhænge mellem etnicitet og psykisk sygdom. En del af disse vil som beskrevet nedenfor kunne efterprøves i analyser af de data, der indgår i den aktuelle database. Det omfatter bl.a. oplysninger om populationens sociale forhold og om udskrivningen af lægemidler, specielt psykotrope lægemidler til behandling af specifikke psykiske lidelser.

kan således også gøre sig gældende i den aktuelle undersøgelse.

Det er velkendt, at socioøkonomiske forhold har betydning for kontaktmønsteret til psykiatrien, og at også lægemiddelbehandling influerer på indlæggelsesmønsteret ved forskellige psykiske lidelser. Det er håbet senere at udnytte disse data til at belyse sammenhænge mellem sociale vilkår, lægemiddelforbrug og kontaktmønsteret til psykiatrien blandt kvinder og mænd i populationens fem etniske kategorier.

## 1.1 Hovedresultater

Undersøgelsen omfatter en population på 50.877 forskellige personer i alderen 15-66 år, der i 2003 er registreret i enten Det Psykiatriske Centralregister, i Landspatientregisteret eller i begge registre for en kontakt:

- pga. psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser
- pga. en undersøgelse for psykisk lidelse og adfærdsmæssige forstyrrelser
- for en selvskade/selv mordshandling
- mhp retspsykiatriske foranstaltninger.

I alt er 83,3% af populationen etnisk danske, 0,5% er adopteret fra andet land, 9,5% er indvandrere, 0,9% er efterkommere A (begge forældre født i andet land), og 5,8% er efterkommere B (ene forældre født i andet land).

I populationen er 49% mænd og 51% kvinder. Den unge aldersgruppe, 15-24-årige, udgør 15%, 46% er 25-44-årige og 39% er 45-66-årige. Der er kun registreret få kontakter blandt de 15-17-årige, hvorfor der som baggrundsgruppe for den yngste aldersgruppe kun indgår 18-24-årige.

I alt er 44.699 af personerne født i Danmark, 505 i de øvrige nordiske lande og Grønland, 653 i andre vesteuropæiske lande og 922 i Østeuropa, inklusive det tidligere Jugoslavien.

I alt 2.851 personer er født uden for Europa, heraf 830 i et "arabisk land", dvs. Nordafrika og Mellemøsten inklusive Irak, Saudi Arabien, Kuwait mm. I alt 344 personer er født i afrikanske lande syd for Sahara.

I nedenstående opsummering af resultaterne anvendes der følgende definitioner:

- *Patientraten*, antal forskellige personer pr. 10.000, der er registreret med en kontakt i 2003.
- *Kontaktraten*, samlet antal kontakter (indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuekontakter) pr.10.000 i 2003.
- *Etnisk danske*, begge forældre og personen er født i Danmark.
- *Adopterede*, personen født i andet land (udvalgte landegrupper) og begge forældre født i Danmark.
- *Indvandrere*, personen født i andet land, ingen oplysninger om, at forældre er født i Danmark.
- *Efterkommere A*, personen født i Danmark og begge forældre født i andet land.
- *Efterkommere B*, personen født i Danmark, ene forældre født i Danmark, anden forælder født i andet land.

Der er markante forskelle i kontaktmønsteret mellem de fem etniske grupper, ligesom der er køns- og aldersforskelle grupperne i mellem:

- Patientraten er lavest blandt etnisk danske og højst blandt adopterede og efterkommere B.
- Patientraten er højere blandt kvinder end blandt mænd, undtagen i indvandrerggruppen
- I indvandrergruppen er patientraten både for mænd og kvinder markant lavere end i grupperne af adopterede og af efterkommere B.
- Efterkommere B har et andet kontaktmønster end gruppen af etnisk danske (men forskelle i kontaktmønster afspejler ikke nødvendigvis forskelle i sygdomsforekomst).
- Adopterede fra andet land end Danmark har for både kvinder og mænd markant højere kontaktrate end de øvrige etniske grupper.
- Indvandrere har pr. person et lavere gennemsnitligt antal kontakter end de fire andre etniske grupper.
- Personer med oprindelse i Mellemøsten har relativt lavt gennemsnitligt antal kontakter pr. person sammenlignet med personer fra andre lande, inklusive danske.
- Indvandrerkvinder har den laveste kontaktrate af alle ikke-danske etniske grupper.
- Kvinder har relativt hyppigere end mænd kun ambulante kontakter og skadestuekontakter.

- Mænd er relativt hyppigere end kvinder registreret som heldøgnspatienter.
- Den yngste aldersgruppe er relativt oftere end de ældre patienter registreret for kun skadestuekontakter. Dette kontaktmønster kan forklares ved en større hyppighed af kontakter pga. selvskade og akutte reaktioner.
- I de ikke-danske etniske grupper er der en større andel, der tvangsindlægges eller indlægges til retslige foranstaltninger (dom til behandling, mental undersøgelse, surrogat fængsling mm).
- Et ikke-frivilligt indlæggelsesgrundlag er markant hyppigere blandt mænd end blandt kvinder.

Kontaktmønsteret for specifikke psykiske sygdomme er karakteriseret ved:

- Misbrug og skizofreni er samlet den hyppigste årsag til kontakter blandt mænd.
- Affektive og nervøse lidelser er de hyppigste årsager til kontakter blandt kvinder.
- Kontaktraten pga. misbrug er mindst dobbelt så høj blandt mænd i forhold til blandt kvinder. Det gælder i alle etniske grupper.
- Kontaktraten for misbrugsrelaterede lidelser er lavest blandt indvandrere og efterkommere A . Det gælder både mænd og kvinder.
- Kontaktraten for skizofreni er højst blandt 25-44-årige mænd og højst blandt ikke-danske etniske grupper.

- Kontakter for akutte psykoser forekommer især blandt yngre ikke-danske mænd.
- Kontaktraten for personlighedsforstyrrelser er mindst dobbelt så høj blandt kvinder end blandt mænd og højst blandt unge kvinder i adoptiv og efterkommer B grupperne.
- PTSD (Post Traumatisk Stress Disorder) er langt hyppigere blandt mandlige indvandrere end i de andre etniske grupper, men kontaktraten er også relativt høj blandt kvindelige indvandrere, ca. 20 gange højere end blandt danske kvinder.
- Kontakter pga. selvmordshandlinger (selvskade) er i alle etniske grupper højst blandt kvinder og højst blandt de unge. Blandt unge adopterede kvinder er raten ca. tre gange højere end blandt etnisk danske kvinder.

Vi er opmærksomme på, at populationen omfatter en meget sammensat gruppe af indvandrere, efterkommere og adopterede. En stor andel har nordisk herkomst, andre er fra de øvrige europæiske lande, og atter andre kommer fra kulturer, der er mere fremmede. Nogle er højt uddannede, andre har ingen eller kun kort skoleuddannelse, nogle er kommet hertil som flygtninge, andre som arbejdstagere og nogle med henblik på giftermål eller familiesammenføring.

Resultaterne er baseret på gennemsnit for de enkelte etniske grupper, der imidlertid kan rumme betydelige variationer, og det

gælder alle fem etniske grupper. De enkelte grupper har inden for en række forskellige problemstillinger en meget begrænset størrelse, som ikke gør det muligt at underindele gruppen mhp analyse af variationen inden for selve gruppen.

Blandt de ikke-etnisk danske har indvandrede den laveste kontaktrate. Men inden for diagnosen, PTSD, har gruppen en markant højere kontaktrate end alle andre grupper. Behandling af PTSD har hidtil kun i begrænset omfang været en opgave for det danske psykiatriske behandlingssystem. Der har været en tendens til at betragte problemet som liggende uden for psykiatriens primære målgruppe. Dette indebærer, at herværende undersøgelse formentlig kun omfatter en vis andel af de traumatiserede personer, nemlig de, der har været henvist til det psykiatriske behandlingssystem, og som man må formode har særlige alvorlige symptomer. De observerede rater giver derfor næppe et validt billede af problemets fulde omfang.

Undersøgelsens definition af etnicitet omfatter to grupper, der ikke adskilles fra danske i Danmarks Statistik, nemlig adopterede fra andet land end Danmark og efterkommere B, hvor den ene forælder er født i Danmark og den anden uden for Danmark. Særlig er adoptiv-gruppen kendetegnet ved en relativt høj kontaktrate og en relativt høj hyppighed af misbrugsrelaterede lidelser, akutte psykoser, personlighedsforstyrrelser og selvskade i forhold til de øvrige etniske grupper.

Det synes umiddelbart nærliggende at analysere hvilke faktorer, der kan forklare disse iagttagelser.

Adopterede kan have været udsat for kontaktsvigt og understimulation tidligt i livet. Det beskrives som en stærk risikofaktor for senere psykisk lidelse. Efterkommer B gruppen ene forælder er dansk født, den anden født i andet land. Familiekonflikter begrundet i forskellige kulturelle normer kan være en medvirkende årsag til den relativt høje forekomst af psykiske lidelser specielt i gruppen af kvindelige efterkommere B. Undersøgelsen tyder på, at disse efterkommere og ligeledes adopterede har særlige identitetsproblemer afspejlet i selvskadende adfærd, nervøse lidelser og personlighedsforstyrrelser. Det er nærliggende at pege på, at marginalisering og kulturelle konflikter i familien kan have betydning.

Den relativt høje kontaktrate vedrørende bl.a. personlighedsforstyrrelser for efterkommere B overrasker dog af flere grunde. I teorier om den sunde indvandrer argumenteres for, at immigranter i gennemsnit er sundere end indbyggere i de lande, som de har forladt. Det forventes også, at immigranternes efterkommerne ikke vil blive udsat for de samme risikofaktorer, som immigranterne selv er blevet udsat for. Ikke desto mindre finder flere studier, at efterkommere har højere risiko end forældrene for at udvikle af forskellige psykiske lidelser.

Sammenstillingen af disse faktorer kunne tyde på, at sociale faktorer spiller en større rolle end genetiske faktorer mht. at udvikle forskellige typer af psykiske lidelser.

Den høje kontaktrate for efterkommere B overrasker endvidere, fordi det tilsyneladende strider imod den antagelse, at det at have en dansk forældre har en social beskyttende effekt. I stedet kunne tallene tyde på, at et kulturmøde, der finder sted inden for familiens rammer, er mere konfliktfyldt for individet, end det møde, der finder sted mellem en familie med etnisk ens baggrund og det omgivende samfund. For både efterkommere A's og B's vedkommende, må det forventes, at kulturmødet opleves stærkere i samfund, der er overvejende monokulturelle, som det danske, i forhold til mere multikulturelle samfund, hvor kendskabet til og tolerancen overfor andre kulturer er højere.

Samtidig tyder nærværende undersøgelse på, at der kunne ligge en højere beskyttelseseffekt i at vokse op i en familie med etnisk ens baggrund end i en etnisk sammensat familie. Det kan tolkes som, at den sociale kapital i form af gode familienetværk er stærkere for familier med etnisk ens baggrund end for etniske sammensatte.

Andre undersøgelser har peget på, at forventninger til livet ikke overraskende spiller ind i en persons psykopatologi, og at individet så at sige kan beskytte sig selv ved ikke at opstille høje forventninger. Det er således

blevet påvist, at førstegenerationsindvandrere har lavere sociale forventninger (fx til ægteskab, uddannelse og job) end andengenerationsindvandrere, og det kan overvejes, hvorvidt specielt efterkommere B har relativt høje forventninger og dermed en dårligere selvbeskyttelse end efterkommere i homogene etniske minoritetsfamilier. Indfries forventningerne ikke, fx pga. udfordringer i kulturmødet, vil det kunne medføre en øget risiko for personlighedsforstyrrelser og andre psykiske lidelser.

Men den relativt høje kontaktrate for specifikke psykiske lidelser blandt yngre kvinder i adoptiv-gruppen og blandt efterkommere B sammenlignet med kontaktraten blandt indvandrere og efterkommere A kunne også

være betinget af, at danskfødte familiemedlemmer har større kendskab og tillid til det danske sundhedsvæsen, og at de dermed sikrer, at unge med psykiske problemer rettidigt henvises til undersøgelse og behandling.

Genetiske forhold, fx nært beslægtede, og tidlige miljøfaktorer såvel som senere traumatiske oplevelser beskrives alle som vigtige risikofaktorer for at udvikle forskellige psykiske sygdomme. Nærværende undersøgelse tillader dog ikke at drage konklusioner om betydningen af sådanne faktorer på de påviste forskelle i kontaktmønsteret i de fem etniske grupper og mellem mænd og kvinder.

## *2.2 Perspektiver*

I den etablerede database findes der en række oplysninger om populationen, som ikke er medtaget i nærværende rapport. Dels indgår der data om civilstand, højeste gennemførte uddannelse og familietype (husstand) fra Danmarks Statistiks registre og dels oplysninger om lægemiddeludskrivning ud fra data i Lægemiddelregisteret. Der er desuden indhentet data om populationens kontakter til det psykiatriske behandlingssystem i perioden 1995-2002 og data om tvangsforanstaltninger.

Der er tidligere dokumenteret en sammenhæng mellem belastende sociale forhold og psykisk sygdom. Det er derfor oplagt at supplere nærværende undersøgelse med en analyse af sociale faktors betydning for de påviste etniske forskelle i kontaktmønsteret.

Databasens oplysninger om udskrivning af psykotrope lægemidler vil kunne belyse andre aspekter af behandlingskrævende psykisk sygdom end nærværende beskrivelse af kontaktmønsteret, der kun omfatter kontakter til sygehusvæsenet og distriktskykiatrien. Der er ikke oplysninger om kontakter til primære sundhedstjeneste (almen praktiserende læger og speciallæger) pga. psykiske symptomer. Der findes ikke tilgængelige registerdata herom. Men det vil for eksempel

være muligt at vurdere, hvorvidt forskelle i brugen (udskrivningen) af specifikke lægemidler, fx antipsykotika, har betydning for indlæggelsesmønsteret ved skizofreni og andre psykotiske tilstande, og hvorvidt der er etniske forskelle i udskrivningsmønsteret.

Data fra Sundhedsstyrelsens register over anvendelse af tvang kan yderligere belyse de påviste etniske forskelle i tvangsindlæggelser og andre retslige foranstaltninger.

Undersøgelsen dokumenterer en høj forekomst af lidelser inden for det skizofrene spektrum blandt de etniske minoriteter i forhold til etniske danskere. Akutte psykoser udgør en relativ stor andel af disse lidelser blandt yngre ikke-etniske danskere. I lyset af dette kan der være behov for en granskning af diagnostisk praksis. Der kan eksistere variationer i den diagnostiske afgrænsning inden for en række psykiske sygdomme knyttet til kulturelle og etniske forskelle. Det vil til en vis grad kunne belyses ud fra databasens oplysninger om populationens tidligere kontakter til det psykiatriske behandlingssystem, dvs. i perioden 1995-2002, og herudfra analysere konsistensen i diagnoserne over tid i de forskellige etniske grupper.



Genetiske faktorer har betydning for udviklingen af specifikke psykiske lidelser, specielt skizofreni. Data i de danske nationale sundhedsregistre vil kunne bidrage til at belyse denne sammenhæng. Der vil fx kunne gennemføres analyser af forekomsten af psykiske lidelser blandt den etnisk danske forælder til efterkommere B som en medvirkende forklaring på relativt høje kontaktrate i denne etniske gruppe.

Andre undersøgelser har ud fra data om selvrapporteret helbred beskrevet en større forekomst af dårligt helbred blandt indvandrerkvinder. At vi i vores undersøgelse finder en lavere kontaktrate netop i denne gruppe er bemærkelsesværdigt. Den relativt lave kontaktrate kan måske skyldes, at kvindernes symptomer er ukarakteristiske eller somatiserende, men kan også skyldes, at disse kvinder i høj grad føler sig og lever isoleret, og at de afslår kontakt til det psykiatriske behandlingssystem.

Data i Sygesikringsregisteret om ydelser (kontakter) blandt de forskellige etniske grupper vil kunne bidrage til at belyse, hvorvidt der også er etniske forskelle i kontaktraten til den primære sundhedstjeneste, dvs. almen praktiserende læger og psykiatrisk speciallægepraksis. Derved kan det bl.a. afklares om indvandrerkvinder generelt har en lav kontaktrate til sundhedsvæsenet, eller om de i mindre grad end andre etniske grupper henvises til det sekundære psykiatriske behandlingssystem. De unikke danske

data, bl.a. data i Lægemiddelregisteret sammenkørt med data om ydelser i Sygesikringsregisteret vil yderligere kunne belyse sygdomsadfærd, dvs. lægekontakt og medicinforbrug, i forskellige etniske grupper.

Som anført er de forskellige etniske grupper sammensat af personer med meget forskellige sociale og kulturelle forudsætninger. Demografisk er der regionale og lokale forskelle i indvandrerintensitet og indvandrergrupperes sammensætning. Det er derfor også nærliggende at beskrive de mulige regionale/kommunale forskelle i kontakthyppighed til det psykiatriske behandlingssystem for dermed at give et vidensbaseret grundlag for videre planlægning af den kommunale og regionale service.

Undersøgelsen påviser høje kontaktrater blandt unge ikke-etnisk danske inden for visse psykiske lidelser. Det bør vurderes, i hvilket omfang sociale forhold, særlige boligkvarterer og/eller forældres baggrund, fx. politisk betinget flugt, kan forklare denne større hyppighed og dermed bidrage til en målrettet forebyggelse fx i form af tidlig indgriben over for særligt sårbare børn og unge.

Det er håbet, at det snart bliver muligt at gennemføre de ovenfor beskrevne analyser, og at vi derved får yderligere viden om etnisk relaterede faktorer betydning for udviklingen af psykisk sygdom og baggrunden for de etniske forskelle i kontaktmønsteret til det psykiatriske behandlingssystem.

## 2. Baggrund

Videnscenter for Transkulturel Psykiatri blev etableret i 2002 ud fra en stigende erkendelse af, at der er behov for en systematisk vidensopsamling om psykiske lidelser blandt personer med flygtninge- og indvandrerbaggrund i Danmark.

Der har hidtil ikke foreligget et overblik over, i hvilket omfang disse personer gør brug af det psykiatriske behandlingstilbud, og hvilke psykiatriske lidelser, som er baggrunden for deres kontakt til det psykiatriske behandlingssystem.

Psykiatripuljen 2003-2006; pulje D, centrale supplerende initiativer, har derfor bevilliget finansiel støtte til at gennemføre nærværende undersøgelse, der som det overordnede formål har haft at analysere, hvorledes patienter af anden etnisk herkomst anvender tilgængelig psykiatrisk service sammenlignet med den danske befolkning, og hvorvidt der er forskelle i gruppernes kontaktmønstre.

Videnscenter for Transkulturel Psykiatri gennemførte i 2002 en landsdækkende rundspørge blandt de psykiatriske afdelinger for at afdække, hvor stor en andel personer med anden etnisk herkomst på et givent tidspunkt udgjorde af kontakterne til

afdelingerne. Uden skelnen mellem indvandrere og efterkommere blev det angivet, at andelen samlet var på 8%, men med store geografiske forskelle (Videnscenter 2002). Resultatet kan kun give et fingerpeg og det afdækkede ikke forekomsten af behandlingskrævende psykiatrisk sygdom blandt forskellige etniske grupper.

En undersøgelse fra Rockwool Fondens Forskningsenhed (Ingerslev 2000) omfattede en beskrivelse af ikke-vestlige og vestlige indvandreres og efterkommeres kontakt til sundhedsvæsenet i 1998. Der fandtes ikke nogen forskel i kontakthyppigheden til psykiatrisk speciallægepraksis for danske og ikke-vestlige efterkommere, men en meget forskellig kontakthyppighed i forskellige grupper af indvandrere. Undersøgelsen inkluderede også en spørgeskemaundersøgelse blandt 3.615 indvandrere, som påviste at ikke-vestlige indvandrere fra flere forskellige landegrupper har et bedre selv vurderet helbred end danskere.

Derimod har andre danske undersøgelser rapporteret, at kvinder i etniske minoriteter vurderer deres helbred ringere end etniske minoritetsmænd og danskfødte kvinder (Khan & Qassim 2002).

Det angives, at forskelle i sociale forhold kan forklare forskellene i selvvrurderet helbred blandt etniske minoriteter og den danske befolkning (Mygind *et al.* 2002). En anden forklaring kan være etniske minoriteters anderledes opfattelse af sygdomsrisici. En ny lig rapport fra Sundhedsstyrelsen gennemgår bl.a. den psykiske belastning, som er forbundet med migration og tilpasning til et nyt miljø (Mygind *et al.* 2006).

Inden for de seneste 5-10 år er der gennemført undersøgelser af etniske forskelle i forekomsten og karakteren af psykiske lidelser (Bhugra 2006) med fokus på skizofreni og andre psykoser (Mortensen *et al.* 1997; Bhugra 2000; Cantor-Graae *et al.* 2003). De fleste undersøgelser har påvist en større forekomst af skizofreni blandt indvandrere og efterkommere i forhold til majoritetsbefolkningen (Cantor-Graae & Selten 2005), og der er opstillet en række forklaringsmodeller på disse forskelle, herunder forskelle i diagnosticering (Al Saffar *et al.* 2004) og i kontaktmønster til behandlingssystemet. Der er således påvist markante forskelle i benyttelsen af psykiatrisk service hos indvandrergrupper sammenlignet med baggrundsbe- folkningen. Det er bl.a. søgt forklaret ud fra indvandrergruppernes manglende viden om tilgængelig service og med, at service ikke er tilpasset disse gruppers specifikke behov (Baleyrier *et al.* 2003; Comander *et al.* 2003; Morgan *et al.* 2005).

Tvangsindlæggelser er relativt hyppigere blandt psykisk syge i etniske minoritetsgrupper og kan være begrundet i dårligere kontakt til praktiserende læger og ambulante psykiatrisk service og dermed større risiko for alvorlig forværrelse i psykiske sygdomme, inden en behandling startes (Burnett *et al.* 1999; Parkman *et al.* 1997; Tolmac & Hoddes 2004). En undersøgelse af indlæggelsesmønstret på en akutpsykiatrisk afdeling i Oslo fandt, at der samlet ikke var overvægt af indlæggelser blandt indvandrere fra ikke-vestlige lande, men at signifikant flere i denne gruppe var blevet tvangsindlagte, og dermed havde haft alvorligere psykiske symptomer inden indlæggelsen (Berg & Johnsen 2004).

Det er beskrevet, at indvandrere hyppigere anvender alternative behandlingsformer over for psykiske sygdomme sammenlignet med den øvrige befolkning, og at det kan være en medvirkende forklaring på de etniske forskelle i kontaktmønsteret til psykiatrien (Daumit *et al.* 2003; Whitley *et al.* 2006).

I Danmark benytter indvandrere relativt oftere end etnisk danskere skadestuer i tilfælde af sygdomssymptomer. Det kan muligvis skyldes dårligere kontakt til den primære sundhedstjeneste blandt andet på grund af sprogbarrierer og utilfredshed med praktiserende lægers ydelser (Nørredam *et al.* 2004).

Som omtalt har en lang række undersøgelser rapporteret en større forekomst af specifikke psykiske sygdomme, specielt skizofreni, blandt indvandrere og i særlige etniske grupper (Cantor-Graae *et al.* 2003; Hutchinson & Haasen 2004; Mortensen *et al.* 1997), men årsagerne hertil og til en særlig høj forekomst blandt andengenerationsindvandrere er ikke afklaret (Cantor-Graae & Selten 2005; Saravanan *et al.* 2005; Zolkowska *et al.* 2001). Så vidt det er os bekendt, foreligger der ikke studier, der har vurderet forekomsten af disse psykiske lidelser blandt efterkommere i blandede ægteskaber, dvs. blandt efterkommere, hvor kun den ene af forældrene er indvandrer.

Sammenlignet med den omfattende forskning om sammenhænge mellem etnicitet, indvandring og skizofreni er der relativt få tilsvarende studier om depression og andre psykiske lidelser. Det fremhæves også, at betydningen af indvandring på forekomsten af depression er mindre klar end for andre psykiske lidelser (Bhugra 2003; Bhugra 2004).

En undersøgelse af forekomsten af psykiske trivselsproblemer blandt indvandrere i Norge påviste, at socioøkonomiske faktorer, inklusive sparsom social kontakt, kunne forklare den større forekomst af depressive lidelser i denne befolkningsgruppe sammenlignet med den etniske majoritetsgruppe (nordmænd). Andre skandinaviske undersøgelser beskriver en sammenhæng mellem

manglende oplevelse af en meningsfuld og sammenhængende tilværelse ("sense of coherence") og forekomst af depression blandt unge flygtninge (Roth & Ekblad 2006). Der findes ikke overraskende en høj forekomst af post-traumatisk stress syndrom, angst og specifikke depressive symptomer blandt flygtninge, der har oplevet vold og tortur (Ekblad *et al.* 2002; Carlsson *et al.* 2006a; Carlsson *et al.* 2006b). Det rapporteres, at kvinder hyppigere end mænd udvikler alvorlig lidelse/distress efter traumatiske oplevelser (Stuber *et al.* 2006).

Men derudover har der været relativt lidt fokus på, hvorvidt der er kønsforskelle i forekomsten af psykiatriske lidelser i forskellige etniske grupper. Nogle studier har dog vurderet kønsforskelle i diagnosticering og behandling af depressive lidelser (Audini & Lelliott 2002; Cuffe *et al.* 1995; Harris 2004; Kales *et al.* 2005; Loring & Powell 1988; Fossion *et al.* 2004; Thapa & Hauff 2005).

I en dansk spørgeskemaundersøgelse blandt 15-16-årige blev der påvist både etniske og kønsmæssige forskelle i unges psykiske trivsel, idet unge piger fra ikke-vestlige lande rapporterede flere psykiske problemer end danske piger, mens det ikke gjaldt drengene (Bennedsen *et al.* 2006).

Det er velkendt, at skizofreni diagnosticeres hyppigere blandt unge mænd end blandt unge kvinder, men det fremhæves, at denne kønsforskel delvist kan være betinget af for-

skelle i klassifikationen af psykoser blandt henholdsvis mænd og kvinder og derfor ikke alene er udtryk for patogenetiske kønsforskelle i risikofaktorer for at udvikle psykoser (Beauchamp & Gagnon 2004; Høye *et al.* 2006). Hvorvidt der er en tilsvarende kønsforskel i forskellige etniske grupper er ikke undersøgt.

Det beskrives, at der er færre kønsforskelle i forekomsten og karakteren af psykoser blandt midaldrende indvandrere end blandt den øvrige befolkning. Det diskuteres, hvorvidt en lavere forekomst eller rapportering af psykiske lidelser blandt ældre indvandrere kan være betinget af en større grad af egen pleje af ældre i indvandrerfamilierne og en heraf følgelig lavere grad af kontakt med sundhedsvæsenet og diagnosticering af alvorlige psykiske lidelser (Fossion *et al.* 2004; Mitter *et al.* 2004).

Inden for de seneste år har der været fokus på en mulig øget forekomst af psykiske lidelser blandt adopterede (Fensbo 2004). Svenske undersøgelser viser større risiko for misbrug, selvmord og alvorlig kriminalitet i denne befolkningsgruppe sammenlignet med etnisk svenskere (Lindblad *et al.* 2003). En amerikansk undersøgelse har påvist en knap dobbelt så høj risiko for selvmordsforsøg blandt unge adopterede i forhold ikke-adopterede (Slap *et al.* 2001). I Sverige er der ud fra registerdata påvist en knap fire gange højere risiko for selvmord og selvmordsforsøg, tre gange større risiko for sy-

gehusindlæggelse pga. psykisk sygdom og fem gange større risiko for stofmisbrug blandt adopterede i forhold til ikke-adopterede (Hjern *et al.* 2002).

Tilsvarende rapporterer et studie i New Zealand en relativ høj forekomst af psykiske lidelser blandt adopterede unge, der er fulgt over 16 år (Fergusson *et al.* 1995). Andre undersøgelser rapporterer også en signifikant hyppigere kontakt til psykiatrisk service og højere forekomst af psykiske lidelser blandt adopterede sammenlignet med ikke-adopterede (Lipman *et al.* 1992; Miller *et al.* 2000).

I Holland er en kohorte på ca. 2.000 adopterede fra andet land blevet fulgt i interviewundersøgelser siden 1986, på hvilket tidspunkt adoptivbørnene var 10-14 år gamle. Den første opfølgingsundersøgelse blev gennemført, da de unge var 14-18 år, i form af selv-udfyldte spørgeskemaer både blandt de unge selv og blandt deres adoptivforældre. Knap 71% af den oprindelige kohorte deltog i undersøgelsen. De unge blev igen interviewet i 24-30-årsalderen (Tieman *et al.* 2005; 2006). I den første undersøgelse indgik der oplysninger fra forældrene om adoptivbørnenes forhold før adoptionen. Forældrene angav, at 45% havde været udsat for omsorgssvigt, 13% for misbrug, og mere end halvdelen havde haft skiftende opholdssteder. I 14-18-års alderen var omfanget af adfærdsproblemer øget blandt adopterede i forhold til i 10-15-års alderen. Der var ikke

nogen relation mellem omfanget af problemer, alder ved ankomst til Holland og rapporterede ugunstige forhold før adoptionen (Verhulst & Versluis-den Bieman 1995).

Det fremhæves specielt i undersøgelsen, at der ikke var nogen sammenhæng mellem oplevet diskrimination og adfærdsproblemer, og at de unges egen vurdering af deres psykiske trivsel ikke havde sammenhæng med omsorgssvigt før ankomsten til Holland. Derimod var der en svag sammenhæng mellem forældrenes rapportering af et sådant omsorgssvigt og forekomsten af afvigende adfærd blandt de unge. Ved genundersøgelsen i 24-30-års alderen var omfanget af psykiske problemer i form af ængstelse og misbrug øget, mens omfanget blandt ikke-adopterede var stabilt i den øvrige befolkning, og forskellene mellem adopterede og ikke-adopterede var således øget over tid (Tieman et al. 2006).

En igangværende undersøgelse i en dansk region har til hensigt at afdække forekomsten af psykosociale problemstillinger blandt udenlandsk adopterede i Danmark. Projektet er beskrevet på Psykiatrien i Nordjyllands amts hjemmeside (Fensbo; <http://www.psykiatrien.nja.dk>). De foreløbige resultater viser en relativ høj forekomst af psykiske og adfærdsrelaterede problemer i adoptivfamilierne. Men der er endnu ikke gennemført samlede undersøgelser af trivselen blandt adoptivbørn i Danmark, hvoraf hovedparten siden 1973-loven om fri adgang

til abort er kommet fra ikke-vestlige lande og inden for de senere år tillige også fra en række østeuropæiske lande.

I de seneste år er der gennemført betydelige restriktioner i adgangen til asyl i Danmark. Det har blandt andet medført meget langvarigt ophold i asylcentre, både for enlige og for børnefamilier. Enkelte undersøgelser har påvist en markant sammenhæng mellem forekomsten af selvmordshandlinger og psykiske lidelser og asylfasens længde (Stæhr & Munk-Andersen 2006; Kjersem 1994; Laban et al. 2004).

### **Sammenfatning af litteraturgennemgang**

En række problemstillinger om forekomst af psykisk sygdom og kontakt til sundhedsvæsenet blandt indvandrere og efterkommere i forhold til majoritetsbefolkningerne er belyst i tidligere studier. Disse har først og fremmest omhandlet skizofreni og andre psykoser. Det samlede kontaktmønster for de forskellige typer af psykiske lidelser er derimod ikke beskrevet, og studierne har ikke haft sigte på at belyse etniske forskelle blandt henholdsvis mænd og kvinder.

Der har således været relativt sparsom viden om:

- De mulige kønsforskelle i forekomsten og karakteren af psykiske lidelser blandt forskellige etniske grupper.

Tilsvarende er der mangelfuld viden om forekomsten af forskellige psykiske lidelser blandt forskellige grupper af efterkommere.

Der mangler således viden om:

- Betydningen af at være efterkommer af to forældre, der er indvandret, i forhold til at kun en af forældrene er indvandret.
- Betydning af adoption fra andet land på forekomsten af behandlingskrævende psykiske lidelser.



### 3. Materiale og metode

Populationen omfatter alle personer med identificeret CPR i alderen 15-64 år, som i 2003 er registreret i det Psykiatriske Centralregister og/eller i Landspatientregisteret (LPR) med en kontakt for en psykiatrisk lidelse eller en selvdestruktiv handling (selvmord/selvmodsforsøg). Data omfatter hel-døgnsindlæggelser, ambulante kontakter og skadestuekontakter.

Populationen er derefter identificeret i Danmarks Statistiks IDA database (Integreret Database for Arbejdsmarkedsforskning), og der er indhentet data om eget og forældres fødested og tidspunkt for ankomst til Danmark. Herudfra er populationen inddelt i fem forskellige etniske kategorier.

Der er fra Lægemiddelregisteret indhentet data om udskrivningen af lægemidler i 2003 til denne population, og der er fra IDA-databasen indhentet data om en række sociale faktorer: højeste uddannelse, civilstand og husstand, dvs. samboforhold; antal børn og antal voksne i husstanden. Disse data indgår ikke i nærværende rapport, men det er, som anført, håbet at få mulighed for

at gennemføre udvidede analyser af betydningen af sociale faktorer på kontaktmønstret, samt at afdække omfanget og arten af lægemiddeludskrivninger til behandling af specifikke psykiske lidelser i de forskellige etniske grupper.

Undersøgelsen omfatter således en population, der i 2003 er registreret i det Psykiatriske Centralregister og/eller i LPR for kontakt pga. psykisk lidelse eller selvdestruktiv handling, og som efterfølgende er identificeret i IDA databasen. For denne population er der yderligere indhentet data om alle registreringer i Det Psykiatriske Centralregister i perioden 1995-2002 og registreringer i LPR vedrørende kontakter for psykiske lidelser eller selvdestruktive handlinger eller selvmordshandlinger i perioden 1995-2002.

Data om populationens tidligere kontakter til det psykiatriske behandlingssystem kan bl.a. bidrage til at belyse betydningen af diagnostisk praksis.



### 3.1 Kriterier for dataudtræk

Populationen er identificeret ud fra følgende kriterier:

#### 1. Psykiatriske Centralregister

*Inklusionskriterier:* Alle personer, der i perioden 01.01.2003-31.12.2003 er registreret som indlagt på psykiatrisk hospital og/eller med ambulant kontakt til en psykiatrisk behandlingsinstitution, inklusive distriktspsykiatri.

#### 2. Landspatientregisteret

*Inklusionskriterier:*

Alle personer, der i perioden 01.01.2003-31.12.2003, er registreret med aktions- eller bi-diagnose inden for følgende diagnosekoder i ICD10 (Internationale Sygdomsklassifikation):

F000-F999: Psykiatriske diagnoser, dvs. Mentale lidelser

Z004: Psykiatrisk undersøgelse, ikke klassificeret andetsteds

Z032: Obs. For mentale eller adfærdsmæssige forstyrrelser (ej befundet)

Z0460: Retspsykiatrisk observation

Z0461 : Dom til psykiatrisk behandling

Z0462: Dom til psykiatrisk anbringelse

Z0468 : Anden retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning

Z914: Psykisk traume, ikke klassificeret andetsteds

Kontaktårsagskode 4: Sygehuskontakt pga. selvmord/selvmodsforsøg.

For hele populationen er der udtrukket data om ”psykiatriske kontakter”, dvs. både indlagte, ambulante kontakter (inklusive di-

striktspsykiatri) og skadestuekontakter i perioden 01.01.1995-31.12.2003 fra Det Psykiatriske Centralregister og Landspatientregisteret. Dataudtrækket omfatter følgende variable:

1. Aktions- og bi-diagnoser på fire-cifret niveau
2. Dato for indlæggelse og dato for udskrivelse/afslutning
3. Kontaktype
4. Indlæggelsesvilkår:
  - a. Almindeligt frivillig
  - b. Tvang (rød blanket)
  - c. Tvang (gul blanket)
  - d. Andre retslige forhold
5. Afslutningsmåde:
  - a. Alment praktiserende læge
  - b. Praktiserende speciallæge
  - c. Ingen lægelig opfølgning
  - d. Udeblevet
  - e. Død
  - f. Andet
  - g. Behandling i udlandet
  - h. Afsluttet til andet sygehusafsnit (angivelse med 7-cifret kode; sygehusklassifikationen)
6. Kontaktårsag (skadestuer):
  - (1) Sygdom
  - (2) Ulykke
  - (3) Vold
  - (4) Selvtilføjet skade
7. Procedurer:
  - BRXA1: Elektrostimulation
  - BRTA: Frihedsberøvelse
  - BRTB: Tvangsmedicinering
  - BRTC: Tvangsfiksering
  - BRS: Samtaleterapi

### *3.2 Afgrænsning af kontaktmønster*

En vis andel af populationen vil inden for en afgrænset periode være registreret for flere forskellige typer af kontakter og for flere forskellige typer af psykiske lidelser. Samme person kan således i 2003 være registreret i Det Psykiatriske Centralregister og/eller i LPR for mere end en kontakt og med forskellige aktionsdiagnoser.

Med henblik på at kunne beskrive kontaktmønstre over tid i de forskellige etniske grupper er der gennemført en prioritering af diagnoser, således at fx en kontakt pga. en diagnose inden for det skizofrene spektrum (ICD10: F2) i løbet af perioden prioriteres højere i forhold til alle andre diagnoser inden for ICD10: F1-F9), eksklusive mental retardering. Prioriteringen hviler på klinisk psykiatrisk erfaring. En skizofreni diagnose repræsenterer fx mere gennemgribende psykiske og funktionsmæssige ændringer for det enkelte individ end fx en stressrelateret diagnose. Vi har valgt at enkeltstille diagnosen, mental retardering, da retardering anses for mere grundlæggende end en senere tilkommen psykiatrisk lidelse.

Idet en relativ stor andel af populationen inden for et enkelt år har været indlagt og/eller haft ambulant kontakt til det psykiatriske behandlingsvæsen mere end en gang og være registreret med forskellige aktions

diagnoser benytter vi de prioriterede diagnoser i en række af analyserne, således, at en diagnostisk kategorisering af populationen sker i følge den aktionsdiagnose, der har den højeste prioritering.

Prioriteringen er beskrevet i den følgende liste. Koderne F1-F9 henviser til WHO's sygdomsklassifikation, ICD10, vedrørende psykiske lidelser. Kontaktårsagskode 4 og X60-X84 angiver sygehuskontakt pga. selvska-de/selv mordshandling. Z koderne omfatter sygehuskontakter mhp undersøgelser mm.

## Prioritering af aktionsdiagnoser

Mental retardering; F7: alle kombinationer hvor F7 indgår, kodes som F7

Skizofreni, paranoide psykoser mm; F2: alle kombinationer hvor F2 indgår, eksklusive F7, kodes som F2

Affektive sindslidelser; F3: alle kombinationer, hvor F3 indgår, eksklusive hvor der indgår F7 og F2

Organiske psykiske lidelser; Fo: Alle kombinationer, eksklusive kombination med F7, F2 og F3

Psykiske lidelser ved brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer; F1: kun når den forekommer alene

Nervøse og stress-relaterede tilstande, incl. PTSD; F4: eksklusive kombinationer med F7, F2, F3 og Fo

Adfærdsændringer ved fysiologiske forstyrrelser; F5: eksklusive kombinationer med F7, F2, F3, Fo og F4

Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd; F6: eksklusive kombinationer med F7, F2, F3, Fo, F4 og F5

Psykiske udviklingsforstyrrelser; F8: eksklusive kombinationer med F7, F2, F3, Fo, F4, F5 og F6

Psykisk lidelse uden specifikation; F9: eksklusive kombinationer med F7, F2, F3, Fo, F4, F5, F6 og F8

Øvrige; opdelt på kontaktårsag 4 og X60-X84 – og på Z-koder.

### ***3.3 Etnicitet; Datakilder og definitioner***

I nogle lande benytter man i tiltagende omfang etnicitet som en betegnelse for udenlandskfødte og fokuserer dermed på selve migrationen og den deraf følgende forandring og omvæltning som årsag til en øget sårbarhed.

I lande, som Canada, New Zealand, Australien og USA, der betegnes som indvandrer nationer, og som tillige har en oprindelig befolkning, betegner etnicitet ofte genetiske eller racemæssige forskelle. En stor andel af befolkningen har blandet etnisk herkomst og en kategorisering af forskellige etniske grupper alene ud fra familiens baggrund er oftest vanskelig (Herman 2004).

I nærværende undersøgelse har vi inddelt populationen i fem forskellige etniske grupper alene ud fra registeroplysninger om eget og forældres fødeland, dvs. på basis af Danmarks Statistiks data, der indgår i IDA-databasen. Den etniske kategorisering hviler således ikke på de enkelte individers egen opfattelse af etnisk tilhørsforhold, som antagelig kan være væsentlig forskellig fra den kategorisering, der er baseret på herkomst ud fra fødelande.

Det danske personregister omfatter data om alle personer født i Danmark og alle indvandrere til Danmark, som har fået opholdstil-

ladelse. En given persons relation til børn eller forældre er givet ved det personlige ID-nummer, CPR-nummeret. Relationen mellem forældre og børn bliver almindeligvis bekræftet ved fødslen eller ved adoption. Børn, søskende og forældre kan således identificeres gennem dette link. CPR-registeret rummer også en kode, der angiver troværdigheden af de kodede oplysninger. Der er desværre ikke data om alle børn-forældre relationer i registreret, specielt mangler disse oplysninger for en stor andel af personer ældre end 50 år.

I den aktuelle undersøgelse er der indhentet følgende oplysninger:

Eget fødeland

Forældres fødeland

Tidspunkt for egen ankomst til Danmark.

Det var muligt at identificere alle 50.877 personer i IDA-databasen og for flertallet at udtrække de data, der gjorde det muligt at opdele populationen i de fem forskellige etniske kategorier. Men for personer over 45 år, som er født i udlandet, er der ofte ingen oplysninger om forældres fødeland.

#### **Danmarks Statistiks definitioner**

Danmarks Statistik definerer en person som dansker, hvis mindst en forældre både er

dansk statsborger og født i Danmark. Det har ikke betydning, om personen selv er dansk statsborger eller er født i Danmark.

Indvandrere er personer født i udlandet, hvis forældre begge (eller den ene hvis der ikke findes oplysninger om begge) er udenlandske statsborgere eller er født i udlandet. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er født i udlandet, opfattes personen også som indvandrer.

Efterkommere er personer født i Danmark af forældre, hvoraf ingen er dansk statsborger født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er udenlandsk statsborger, opfattes personen også som efterkommer.

Statistikken over indvandrere og efterkommere indeholder oplysninger om oprindelsesland, statsborgerskab, fødested, køn, alder og bopæl.

*Oprindelsesland* dannes ud fra følgende regler:

-Når ingen af forældrene kendes, er oprindelseslandet defineret ud fra personens egne oplysninger. Er personen indvandrer, antages det, at oprindelseslandet er lig med fødelandet. Er personen efterkommer, antages det, at oprindelseslandet er lig med statsborgerskabslandet.

-Når kun en forælder kendes, defineres oprindelseslandet ud fra dennes fødeland. Hvis

dette er Danmark, bruges statsborgerskabslandet.

-Når begge forældre kendes, defineres oprindelsesland ud fra moderens fødeland, henholdsvis statsborgerskabsland.

*Vestlige lande* omfatter i Danmarks Statistik alle 25 EU-lande plus Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand.

*Ikke-vestlige lande* er alle øvrige lande.

### **Undersøgelsens definition af etnicitet**

I den aktuelle undersøgelse har vi anvendt en mere detaljeret definition af etnicitet, idet vi, som beskrevet, bl.a. har ønsket at belyse betydningen af adoption fra andre lande end Danmark, fortrinsvis ikke-vestlige lande samt udvalgte østeuropæiske lande.

Psykosocial forskning har beskrevet særlige problemstillinger blandt forskellige grupper af efterkommere, og vi har derfor valgt at definere to grupper af efterkommer, dels efterkommere hvor begge forældre er født i andet land, og dels efterkommere hvor kun den ene forælder er født i andet land. Det vil sige, at efterkommere, i modsætning til Danmarks Statistik, også inkluderer personer født i Danmark med en forælder født i Danmark og en forælder født uden for Danmark. Gruppen af indvandrere indbefatter også personer, som er født i andet land end Danmark, men hvor den ene forælder er

dansk født. Disse personer er i Danmarks Statistik defineret som danske.

Undersøgelsens population er således opdelt i fem forskellige etniske grupper ud fra oplysninger i IDA-databasen om eget og begge forældres fødeland:

1. Dansk: født i Danmark, begge forældre født i Danmark
2. Adoptivbørn: født i andet land end Danmark, begge forældre født i Danmark. Relevante lande omfatter:
  - a. Korea
  - b. Kina
  - c. Sri Lanka og Indien
  - d. Rumænien, Bulgarien, Rusland
  - e. Columbia, Brasilien + andre lande i Sydamerika
3. Indvandrere: Født i andet land, og en af forældre født i andet land end Danmark
4. Efterkommer A: Født i Danmark og begge forældre født i andet land end Danmark
5. Efterkommer B: Født i Danmark, og en af forældrene født i andet land end Danmark

### Landekategorier

Populationens tilhørsforhold til specifikke lande er opdelt på følgende kategorier af oprindelseslande:

1. Danmark
2. Grønland
3. Øvrige nordiske lande

4. Andre vesteuropæiske lande
5. Østeuropa og Rusland, inklusive tidligere sovjet randstater
6. Mellemøsten,
  - a. Tyrkiet
  - b. Nordafrikanske Middelhavslande (Algier-Egypten incl.)
  - c. Palæstina, Jordan, Syrien, Libanon, Yemen
  - d. Saudi, Kuwait, Irak
  - e. Afghanistan
  - f. Pakistan
  - g. Iran
7. Asien
  - a. Indien, Sri Lanka
  - b. Kina
  - c. Japan
  - d. Vietnam
  - e. Thailand
  - f. Sumatra, Indonesien etc.
8. Afrika, sub-Sahara
9. Latinamerika
  - a. Brasilien
  - b. Argentina, Chile, Uruguay
  - c. Øvrige latinamerikanske lande, inklusive Mexico
10. USA, Canada, Australien, New Zealand.

Hvis forældre er født i forskellige lande uden for Danmark, vælges landekategori i forhold til moders fødeland. I nærværende rapport indgår der ikke analyser på landegrupper eller overordnede kategorier, men der er mulighed herfor.

## 4. Baggrundspopulationen

Undersøgelsens population er sammenholdt med en baggrundspopulation, der består af alle personer i alderen 18-66 år med dansk CPR-nummer, og som er identificeret i IDA-databasen med oplysninger om eget og forældres fødeland. Baggrundspopulationen er kategoriseret ud fra samme definitioner som undersøgelsens population og derved ind delt i de beskrevne fem etniske grupper.

Baggrundspopulationen består af i alt 3.495.257 personer i alderen 18-66 år. Da der i undersøgelsespopulationen indgår få 15-17-årige, har vi ikke inkluderet 15-17-årige i baggrundspopulationen. Baggrundspopulationens alders- og kønsfordeling er vist i Tabel 4.1 og 4.2, og fordelingen på de fem etniske grupper i Tabel 4.3. For 2.388 personer er der ikke tilstrækkelige data til at kategorisere dem i en etnisk gruppe.

Tabel 4.1. Baggrundsbefolkningens kønsfordeling.

	Antal	Procentfordeling
KØN		
Mand	1.762.272	50.42
Kvinde	1.732.985	49.58
Alle	3.495.257	100.00

Tabel 4.2. Baggrundsbefolkningens aldersfordeling

	Antal	Procentfordeling
Alder		
18-24 år	412.171	11.79
25-44 år	1.556.587	44.53
45-66 år	1.526.499	43.67
Alle	3.495.257	100.00

Tabel 4.3. Baggrundsbefolkningen fordelt på etnisk gruppe.

Etnicitet	Antal	%
Ikke klassificerbar	2.388	0,1
Dansk	3.042.450	87,1
Adopteret	9.760	0,3
Indvandrer	271.704	7,8
Efterkommer A	23.194	0,7
Efterkommer B	138.800	4,0
Alle	3.495.257	100.00

Tabel 4.4 viser fordelingen af baggrundsbefolkningen på fødeland, hvor efterkommere indgår i fødeland Danmark. Fødelandet er uoplyst eller ukendt for 0,3%. Knap 95% er født i Danmark, andre vesteuropæiske eller østeuropæiske lande og knap 2% i Mellemøsten, inklusive Tyrkiet og Nordafrika.

Tabel 4.4. Baggrundsbefolkning, fødeland

Fødeland	Antal	%
Fødeland		
Uoplyst	9.349	0.27
Ukendt, men udland	2.025	0.06
Danmark	3.159.031	90.38
Grønland	12.738	0.36
Øvrige nordiske	43.421	1.24
Andre vesteuropæiske	50.469	1.44
Østeuropa	49.066	1.40
Tyrkiet	28.425	0.81
Nordafrika	7.522	0.22
Jordan mv.	13.608	0.39
Irak, Saudi, Kuwait	15.517	0.44
Afganistan	5.115	0.15
Pakistan	9.487	0.27
Iran	10.443	0.30
Indien, Sri Lanka	10.249	0.29
Kina	5.081	0.15
Japan	1.172	0.03
Vietnam	14.403	0.41
Thailand	6.453	0.18
Indonesien	4.820	0.14
Afrika, Sub-sahara	18.285	0.52
Latinamerika	6.934	0.20
USA mv.	11.644	0.33
Alle	3.495.257	100.00



## 5. Undersøgelsens population

Undersøgelsen omfatter i alt 50.877 forskellige personer, 24.910 mænd og 25.967 kvinder, der er registreret enten i det Psykiatriske Centralregister, i LPR eller i begge registre for en kontakt i 2003 pga. en psykisk lidelse, en undersøgelse for psykisk lidelse eller en selvmordshandling. Populationen omfatter aldersgruppen 15-66 år, og der er kun få personer i alderen 15-17 år, hvorfor baggrundspopulationen som beskrevet er afgrænset til 18-66-årige.

### 5.1 Kønsfordeling

Flertallet er registreret i Psykiatriregeret, enten kun i dette register eller både i LPR og Psykiatriregeret, i alt 75%. Blandt mænd er der en større andel end blandt kvinder, der kun er registreret i LPR, henholdsvis 31% og 20%. Tabel 5.1 viser populationen og dens fordeling på identifikationskilde, dvs. hvorvidt den enkelte person er identificeret i Det Psykiatriske Centralregister, i Landspatientregisteret eller i begge registre.

Tabel 5.1. Antal og fordeling af populationen på køn og registreringstype.

	Match med Psyk.Reg og LPR			Alle N	Fordelingen af match med Psyk.Reg og LPR			Alle %
	Kun LPR	Kun Psyk.Reg	Psyk.Reg og LPR		Kun LPR	Kun Psyk.Reg	Psyk.Reg og LPR	
	N	N	N		%	%	%	
<b>Køn</b>				24.910				
Mand	7.629	8.526	8.755	49,0%	30,6	34,2	35,2	100,00
Kvinde	5.060	9.871	11.036	51,0%	19,5	38,0	42,5	100,00
Alle	12.689	18.397	19.791	50.877 100%	24,9	36,2	38,9	100,00

## 5.2 Aldersfordeling

I alt 15% af den identificerede population er (15)18-24-årige, 46% er 25-44-årige og 39% er 45-66-årige. Tabel 5.2 viser, at der er relativt

flere 45-66-årige, som kun er identificeret i Landspatientregisteret, knap hver tredje, mens det kun gælder for knap hver femte af de 25-44-årige.

Tabel 5.2. Antal og fordeling af populationen på aldersgrupper og registreringstype.

Alder	Match med Psyk.Reg og LPR				Match med Psyk.Reg og LPR			
	Kun LPR	Kun Psyk.Reg	Psyk.Reg og LPR	All	Kun LPR	Kun Psyk.Reg	Psyk.Reg og LPR	Alle
	N	N	N	N	%	%	%	%
15(18)-24 år	2.112	2.690	2.970	7.772 (15%)	27,2	34,6	38,2	100,0
25-44 år	4.652	9.402	9.415	23.469 (46%)	19,8	40,1	40,1	100,0
45-66 år	5.925	6.305	7.406	19.636 (39%)	30,2	32,1	37,7	100,0
Alle	12.689	18.397	19.791	50.877 100%	24,9	36,2	38,9	100,0

### 5.3 Etnisk gruppering

Populationen omfatter i alt 42.387 danskere, (83%), 266 (0,5%) antages at være adopterede, idet begge forældre er født i Danmark, og personen selv er født i et af de lande, hvorfra der først og fremmest er foretaget adoption til danske forældre. I alt 4.842 (9,5%) er indvandrere, dvs. de er selv født i andet land og deres forældre, for så vidt der er oplysninger om disse, er ikke født i Danmark. Gruppen af efterkommere omfatter

henholdsvis 435 (0,9%) hvor begge forældre er født i andet land, og 2.944 (5,8%) hvor kun en af forældrene er født i andet land end Danmark. Tabel 5.3 viser fordelingen af populationen på etniske grupper og på, hvor de er identificeret, dvs. enten i LPR, i Psykiatregisteret eller i begge registre. Der er en tendens til, at adopterede relativt sjældnere alene er registreret i LPR.

Tabel 5.3. Antal og fordeling af populationen på etnisk gruppe og registreringstype

Etnicitet	Match med Psyk.Reg og LPR			All N	Match med Psyk.Reg og LPR			Alle %
	Kun LPR	Kun Psyk.Reg	Psyk.Reg og LPR		Kun LPR	Kun Psyk.Reg	Psyk.Reg og LPR	
	N	N	N		%	%	%	
Ikke klassificerbar	.	1	2	3	.			
Dansk	10.895	15.184	16.308	42.387 (83,3%)	25,7	35,8	38,5	100,00
Adoptiv	41	124	101	266 (0,5%)	15,4	46,6	38,0	100,00
Indvandrer	1.053	1.800	1.989	4.842 (9,5%)	21,7	37,2	41,1	100,00
Efterkommer A	111	145	179	435 (0,9%)	25,9	33,3	40,8	100,00
Efterkommer B	589	1.143	1.212	2.944 (5,8%)	20,0	38,8	41,2	100,00
Alle	12.689	18.397	19.791	50.877 (100%)	24,94	36,16	38,90	100,00

## 5.4 Fødeland

Tabel 5.4 viser fordelingen af populationen på eget fødeland. De to grupper af efterkommere indgår i denne tabeloversigt i fødeland Danmark. Personer født i Danmark, øvrige Vesteuropa og Østeuropa udgør 93% af populationen og personer født i Mellemøsten, inklusive Tyrkiet og Nordafrika, godt og vel 2%.

Tabel 5.4. Antal og fordeling af populationen på eget fødeland

Fødselsgruppe	Antal N	Procent af alle
o.Missing	245	0.48
o.a. Uoplyst	85	0.17
o.b. Ukendt udland	42	0.08
<b>1. Danmark</b>	<b>44.699</b>	<b>87.86</b>
1.a. Grønland	516	1.01
2. Øvrige nordiske	701	1.38
3. Andre vesteuropæiske	653	1.28
4. Østeuropa	922	1.81
5.a. Tyrkiet	339	0.67
5.b. Nordafrika	172	0.34
5.c. Jordan mv.	322	0.63
5.d. Irak, Saudi, Kuwait	436	0.86

Bortset fra personer født i Danmark udgør personer fra Østeuropa, inklusive det tidligere Jugoslavien, den største gruppe, i alt 922, mens der kun er 701 personer, der er født i de andre nordiske lande og 516 i Grønland. Af personer født i ikke europæiske lande udgør irakere, inklusive Kuwait og Saudi Arabien, den største gruppe, i alt 436 personer, iranere 303 og 343 personer er født i afrikanske lande syd for Sahara.

	Antal N	Procent af alle
5.e. Afghanistan	110	0.22
5.f. Pakistan	114	0.22
5.g. Iran	303	0.60
6.a. Indien, Sri Lanka	168	0.33
6.b. Kina	21	0.04
6.c. Japan	8	0.02
6.d. Vietnam	269	0.53
6.e. Thailand	60	0.12
6.f. Indonesien	41	0.08
7. Afrika, Sub-Sahara	343	0.67
8.a. Brasilien.	35	0.07
8.b. Argentina, Chile, Uruguay	36	0.07
8.c. Latinamerika, rest	74	0.15
9. USA mv.	163	0.32
<b>Alle</b>	<b>50.877</b>	<b>100.00</b>

I tabellerne 5.5 og 5.6 præsenteres data om fødeland for forældre til efterkommere henholdsvis i gruppe A, begge forældre født i andet land end Danmark, og i gruppe B, den ene forælder født i andet land end Danmark.

Har forældrene forskelligt fødeland, er der valgt data om moderens. For en vis andel er der ingen oplysninger om det specifikke fødeland.

Tabel 5.5 Antal og procentvise fordeling af efterkommere A på forældres fødeland (moders)

Fødeland			Begge køn	
	Mænd N	Kvinder N	N	Procent af alle
Ukendt udland	54	44	98	22,9
1. Grønland	9	3	12	2,8
2. Øvrige nordiske	19	24	43	10,0
3. Andre vesteuropæiske	18	20	38	8,9
4. Østeuropa	23	22	45	10,5
5.a. Tyrkiet	44	47	91	21,3
5.b. Nordafrika	12	9	21	4,9
5.c. Jordan mv.	4	1	5	1,1
5.d. Irak, Saudi, Kuwait	1	0	1	0,2
5.e. Afghanistan	0	0	0	0
5.f. Pakistan	23	25	48	11,2
5.g. Iran	1	0	1	0,2
6.a. Indien, Sri Lanka	4	3	7	1,6
6.b. Kina	0	0	0	0
6.c. Japan	0	1	1	0,2
6.d. Vietnam	1	2	3	0,7
6.e. Thailand	0	0	0	0
6.f. Indonesien	1	1	2	0,4
7. Afrika, Sub-sahara	2	6	8	1,9
8.a. Brasilien.	0	0	0	0
8.b. Argentina, Chile, Uruguay	0	0	0	0
8.c. Latinamerika, rest	0	1	1	0,2
9. USA mv.	3	1	4	1,1
Alle			469	100,00

Tabel 5.6 Antal og procentvise fordeling af efterkommere B på fødeland for ikke-dansk forælder

Fødeland			Begge køn	
	Mænd N	Kvinder N	N	Procent af alle
o.b. Ukendt udland	649	671	1320	44,7
1. Danmark				
1.a. Grønland	64	62	126	4,5
2. Øvrige nordiske	258	234	492	16,6
3. Andre vesteuropæiske	276	340	616	20,9
4. Østeuropa	48	61	109	3,7
5.a. Tyrkiet	15	13	28	0,9
5.b. Nordafrika	19	17	36	1,2
5.c. Jordan mv.	6	6	12	0,4
5.d. Irak, Saudi, Kuwait	2	1	3	0,1
5.e. Afghanistan	0	0	0	0
5.f. Pakistan	3	7	10	0,3
5.g. Iran	3	3	6	0,2
6.a. Indien, Sri Lanka	2	7	9	0,3
6.b. Kina	5	3	8	0,3
6.c. Japan	4	3	7	0,2
6.d. Vietnam	2	4	6	0,2
6.e. Thailand	5	3	8	0,3
6.f. Indonesien	4	8	12	0,4
7. Afrika, sub-sahara	15	15	30	1,0
8.a. Brasilien.	3	3	6	0,2
8.b. Argentina, Chile, Uruguay	10	6	16	0,5
8.c. Latinamerika, rest	4	7	11	0,3
9. USA mv.	49	30	79	2,7
Alle			2.850	100,0

## 6. Resultater

I det følgende gennemgås kontaktrater, kontaktmønster, kontakthypighed og den væsentligste årsag (prioriterede aktionsdiagnose) til kontakter til det psykiatriske behandlingssystem i de fem etniske kategorier, fordelt på køn, og når det er relevant på aldersgrupper, (15)18-24-årige, 25-44-årige og 45-66-årige. Alle data er gengivet i Appendix, bagest i rapporten.

### 6.1 Kontaktrater

De fleste personer i populationen er registreret med mere end én kontakt i Det Psykiatriske Centralregister og/eller i LPR. Det gennemsnitlige antal kontakter blandt mænd og kvinder er omtrent ens, 2,0 henholdsvis 1,9 kontakter pr. person i 2003. (Tabel 6.1).

Tabel 6.1 Antal årlige kontakter pr. person blandt mænd og kvinder.

Køn	Personer	Kontakter	antal pr. person
Mand	24910	49357	2,0
Kvinde	25967	49589	1,9

Det laveste antal kontakter pr. person er blandt de yngste i populationen, (15)18-24-årige, gennemsnitligt 1,8 mod 2,0 i de ældre aldersgrupper (Tabel 6.2).

Tabel 6.2. Antal årlige kontakter pr. person fordelt på aldersgrupper.

Alder	Personer	Kontakter	antal pr. person
15(18)-24	7772	13642	1.8
25-44 år	23469	46902	2.0
45-66 år	19636	38402	2.0

Tabel 6.3 viser, at indvandrere i 2003 gennemsnitligt er registreret med færrest kontakter, 1,8 pr. person, mod 2,0 pr. person blandt danske, adopterede og efterkommere B, og at efterkommere A gennemsnitligt havde det højeste antal kontakter pr. person, 2,1.

Tabel 6.3. Antal årlige kontakter pr. person fordelt på de fem etniske grupper.

Etnicitet	Personer	Kontakter	antal pr. person
Dansk	42387	82813	2,0
Adopteret	266	542	2,0
Indvandrer	4842	8778	1,8
Efterkommer A	435	907	2,1
Efterkommer B	2944	5894	2,0

Tabel 6.4 viser det gennemsnitlige antal kontakter pr. person fordelt på fødeland, dvs. at efterkommere indgår som personer med fødeland i Danmark. Der er med denne inddeling en tendens til en højere rate blandt personer født i Danmark, Grønland, øvrige nordiske og i visse asiatiske, sydamerikanske og afrikanske lande.

Tabel 6.4. Antal årlige kontakter pr. person, fordelt på fødeland

Fødeland	Personer	Kontakter	antal pr. person
Ikke oplyst	245	452	1,8
Danmark	44699	87583	2,0
Grønland	516	1083	2,1
Ukendt udland	42	59	1,4
Øvrige nordiske	701	1385	2,0
Andre vesteuropæiske	653	1235	1,9
Østeuropa	922	1485	1,6
Tyrkiet	339	568	1,7
Nordafrika	172	288	1,7
Jordan mv.	322	563	1,7
Irak, Saudi, Kuwait	436	722	1,7
Afghanistan	110	173	1,6
Pakistan	114	200	1,8
Iran	303	540	1,8
Indien, Sri Lanka	168	313	1,9
Kina	21	53	2,5
Japan	8	12	1,5
Vietnam	269	581	2,2
Thailand	60	100	1,7
Indonesien	41	65	1,6
Afrika, Sub-sahara	343	729	2,1
Latinamerika, rest	74	137	1,9
Brasilien	35	90	2,6
Argentina, Chile, Urug.	36	67	1,9
USA mv.	163	292	1,8
Uoplyst	85	171	2,0



## 7. Kontaktmønster

Populationens kontakt til sygehusvæsenet og det ambulante psykiatriske behandlingssystem er beskrevet i de følgende figurer.

Der præsenteres data om antal forskellige personer fordelt på de fem etniske grupper og de tre aldersgrupper, samt oplysninger om hvorvidt personerne kun var registreret med en heldøgnsindlæggelse, kun en ambulante behandling, både heldøgnsindlæggelser og ambulante kontakt, kun skadestuekontakt eller både skadestuekontakt og heldøgnsindlæggelser og ambulante kontakt etc. – samt data om antallet af kontakter henholdsvis som heldøgnsindlæggelser, ambulante kontakter eller skadestuekontakter.

### *7.1 Patientrater i 2003*

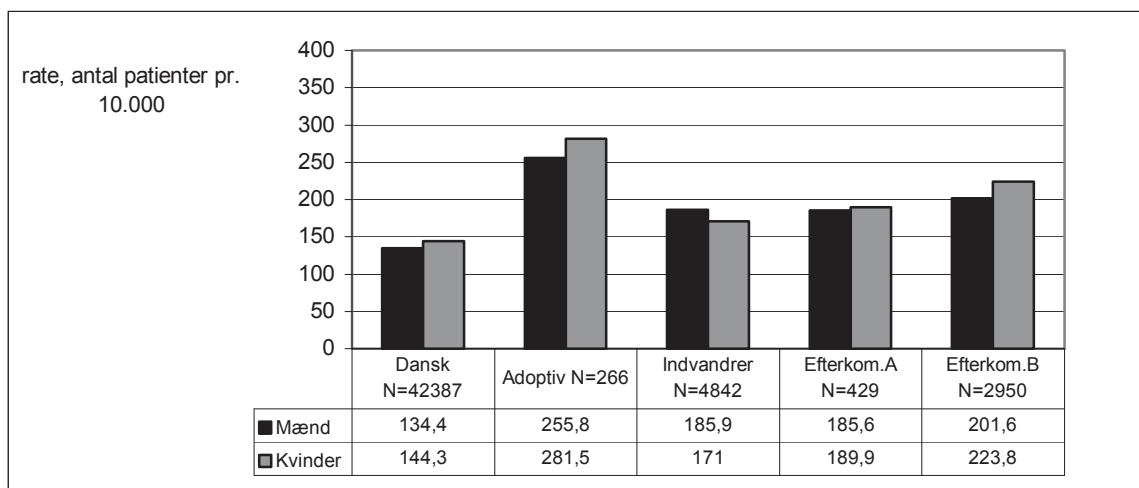
Patientrater beskriver antal forskellige personer i hver af populationens fem etniske

grupper, der er registreret med en eller flere kontakter enten i Det Psykiatriske Centralregister, i LPR eller i begge register i 2003, angivet som antal personer pr. 10.000 i pågældende etniske gruppe i Danmark.

Der er både blandt mænd og kvinder en signifikant lavere patientrate blandt etnisk danske end i de fire andre etniske grupper, og raten er højst blandt adopterede, og dernæst blandt efterkommere B ( $p < 0,001$ ). Blandt indvandrere er raten blandt kvinder lavere end blandt mænd. I de øvrige etniske grupper er der højst rate blandt kvinder (Figur 7.1).

At der er en lavere rate blandt indvandrer kvinder end blandt indvandrer mænd, i modsætning til kønsfordelingen i de øvrige etniske grupper, kan henlede opmærksomheden på, at der i denne kvindegroupe muligvis er en underdiagnosticering og/eller en underbehandling af psykiske lidelser.

Figur 7.1. Patientrate. Antal forskellige personer pr. 10.000, der er registreret med en eller flere kontakter i 2003, fordelt på køn og etniske grupper.



Som det fremgår af de følgende figurer, 7.2 og 7.3, er det især vedrørende raten for indlæggelser, at indvandrerkvinder adskiller sig fra de øvrige etniske gruppers kønsfordeling.

Figurerne 7.2 og 7.3 viser, hvilke kontakttyper, som de enkelte patienter har haft, dvs. om de fx kun har været heldøgnsindlagte, kun har haft ambulante kontrol eller både skadestuekontakt og indlæggelse. Der er beregnet patientrater for hver af de fem etniske grupper fordelt på kontakttypen, angivet som antal forskellige henholdsvis mandlige og kvindelige patienter pr.10.000. I alle fem etniske grupper er der flest patienter, som udelukkende har haft en ambulante kontakt, dvs. overvejende en kontakt til distriktspsykiatrien. Men samlet har de fleste været indlagt med eller uden ambulante og skadestuekontakt.

Både blandt mænd og kvinder er der markante forskelle i raterne og fordelingen på indlæggelse og ambulante kontakter blandt danske i forhold til de fire andre etniske grupper ( $p < 0,001$ ). Forskellene er mest markante for mænd i adoptiv-gruppen, hvor 40% af mændene mod 35% af danske mænd udelukkende er registreret for ambulante kontakt, men danske mænd har generelt en lavere kontaktrate, såvel heldøgnskontakt som ambulante kontakt end de 4 andre etniske grupper.

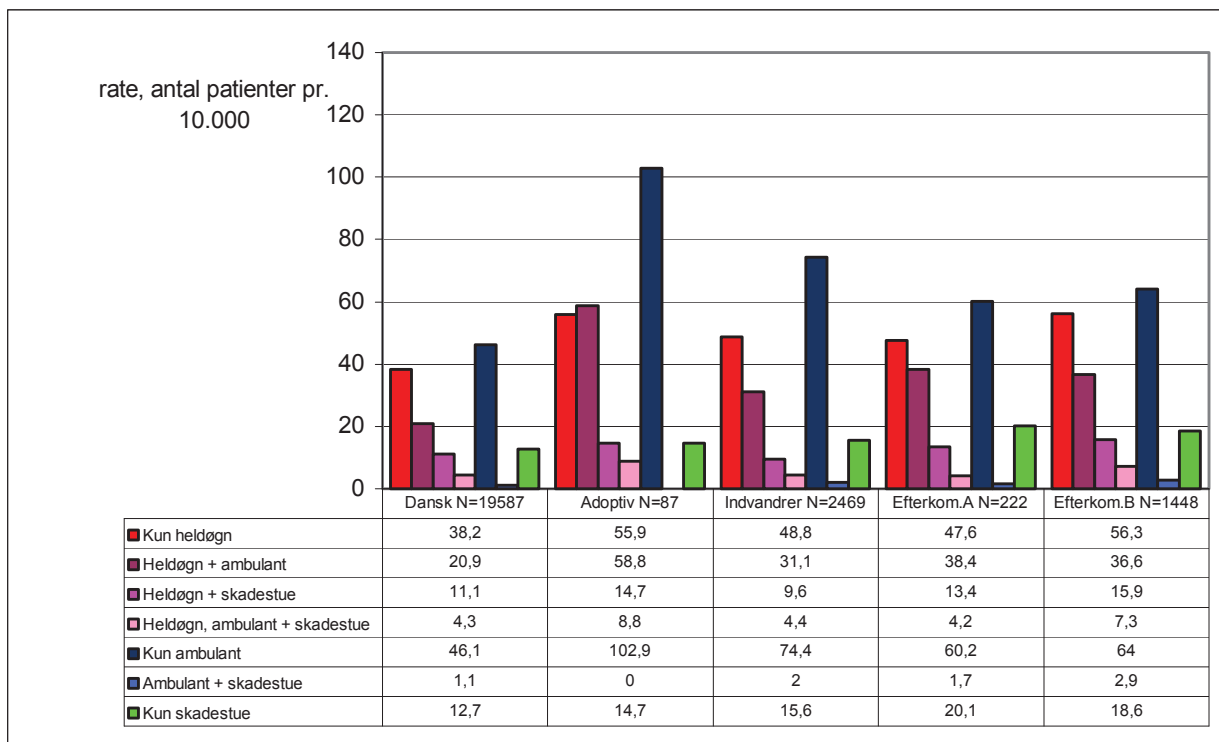
Specielt for kvinderne er der markante forskelle i raten af ambulante kontakter i adoptiv-gruppen og blandt efterkommere B i forhold til raten blandt såvel danske, indvandrere og efterkommere A (Figur 7.3).

Danske kvinder har lavere kontaktrate, hvad angår ambulante kontakt, end de 4 øvrige

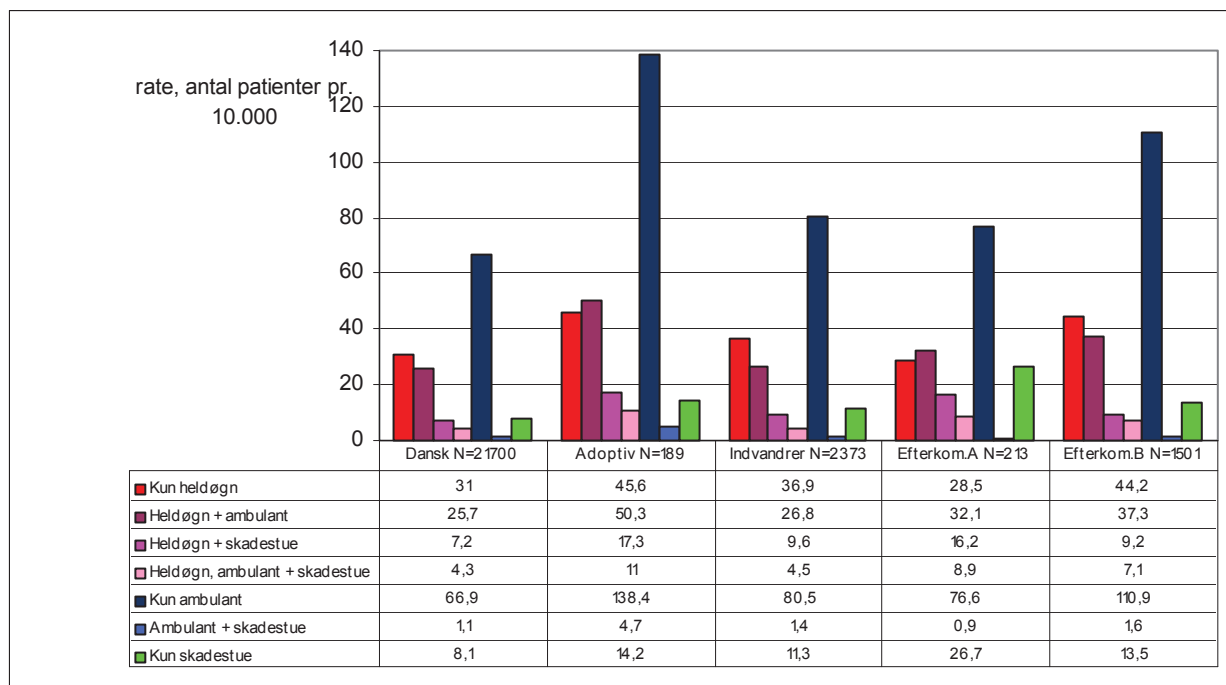
etniske grupper, og den ambulante kontakt-rate er relativt lav blandt indvandrerkvinder

sammenlignet med de tre andre etniske minoritetsgrupper.

Figur 7.2. Patientrater blandt mænd, fordelt på etnisk gruppe og kontaktttype. Antal personer pr. 10.000



Figur 7.3. Patientrater blandt kvinder, fordelt på etnisk gruppe og kontaktttype. Antal personer pr. 10.000.



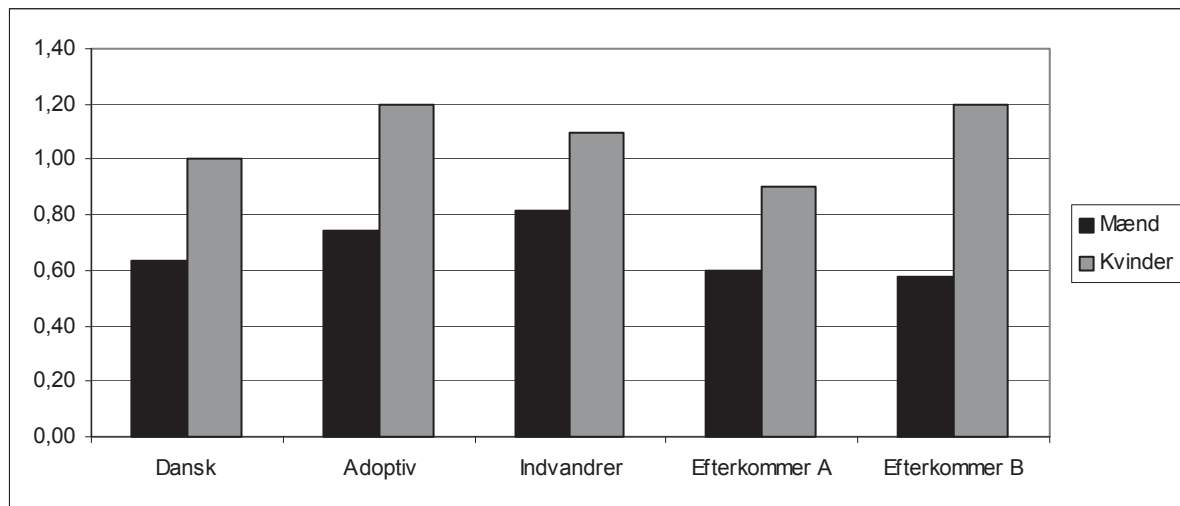
Med henblik på at belyse forskellene i forholdet mellem indlæggelser og ambulante kontakter og skadestuekontakter er der ud fra patientraterne, angivet i Figur 7.2 og 7.3, udregnet en ratio for ambulant kontakt i forhold til indlagte patienter. Figur 7.4 viser denne ratio for mænd og kvinder i de fem etniske grupper.

Kvinder har i forhold til mænd relativt hyppigere udelukkende haft ambulante kontakter, og kvinder, som er adopterede, indvandrere og efterkommere B, har en markant højere ratio end danske kvinder og kvinder i gruppen efterkommere A. Blandt adopterede og

indvandrede mænd er der relativt flere ambulante og/eller skadestuekontakter i forhold til mænd i øvrige grupper.

Der er således ikke noget entydigt billede, men der er en tendens til, at de ikke-danske etniske grupper relativt sjældnere er heldøgnsindlagte i forhold til deres hyppighed af ambulante kontakter, og der ses markante forskelle i mænds og kvinders kontaktmønstre. Der kan gisnes om, at en årsag til at kvinder hyppigere alene har ambulante kontakter, dels er betinget af lidelsernes art og udtryksform, dels kan have familiære årsager, fx hjemmeboende børn i hjemmet.

Figur 7.4. Ratio: ambulanskontakt i forhold til heldøgnsindlæggelse, i 2003, blandt mænd og kvinder og i de fem etiske grupper.

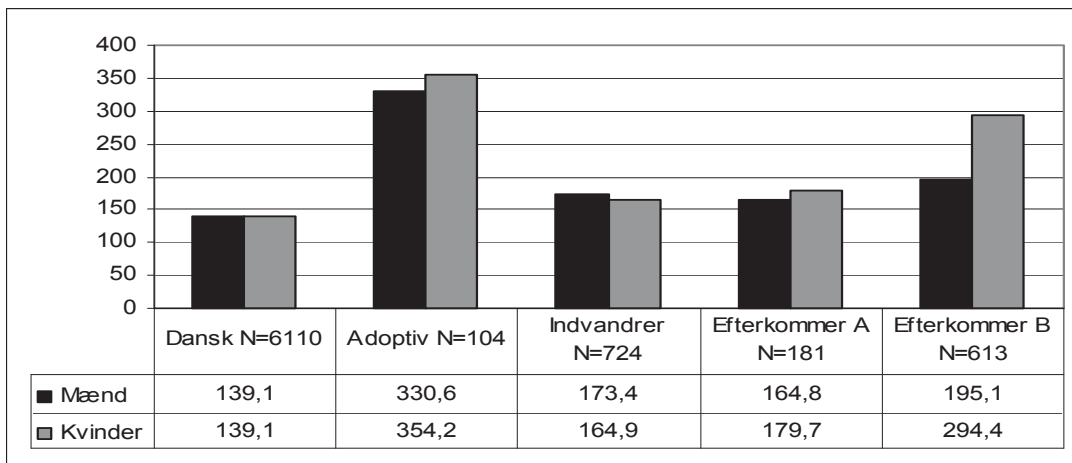


## Aldersforskelle i patientrate og kontakttype

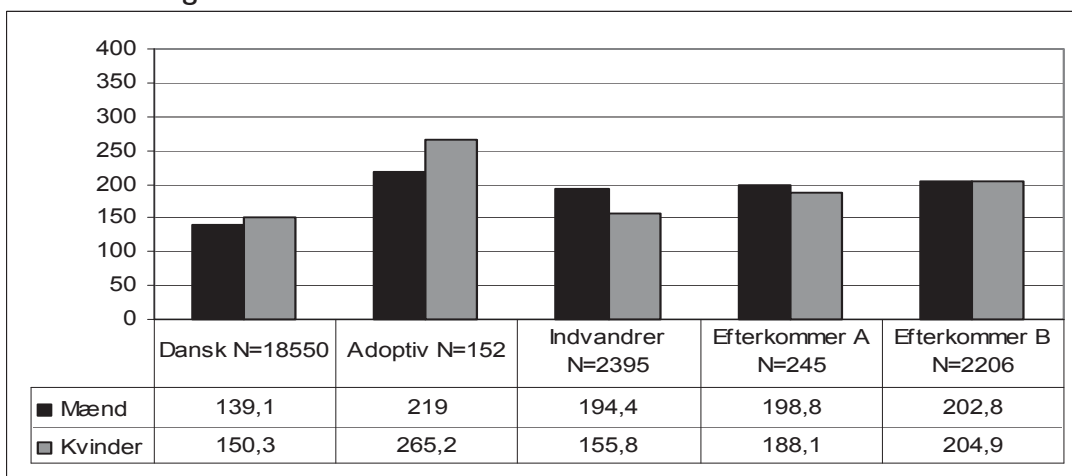
Der er blandt etniske danskere ingen markante aldersforskelle i raterne mellem den yngste og mellemste aldersgruppe, men i adoptiv-gruppen er der en markant højere

rate blandt (15) 18-24-årige sammenlignet med de 25-44-årige. Blandt mandlige indvandrere og efterkommere er raten lavest i den yngste aldersgruppe. Blandt kvinder har de yngste efterkommere B højere rate end de ældre (Figur 7.5 og 7.6).

Figur 7.5. Patientrater blandt (15)18-24-årige mænd og kvinder i 2003, fordelt på etniske grupper. Rate, antal forskellige patienter pr. 1.000 i hver gruppe. N angiver det samlede antal mænd og kvinder.



Figur 7.6. Patientrater blandt 25-44-årige mænd og kvinder i 2003, fordelt på etniske grupper. Rate, antal personer, der er registreret med kontakt pr. 10.000 N angiver det samlede antal mænd og kvinder.



## 7.2 Kontaktrate, omfanget af kontakter i 2003

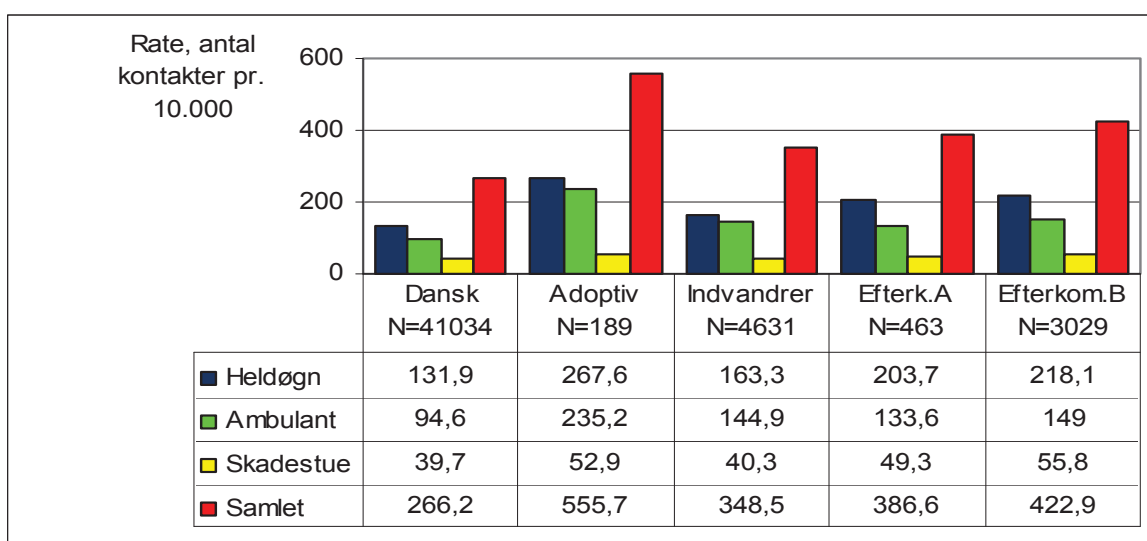
De følgende figurer viser omfanget af kontakter i 2003, fordelt på heldøgnsindlæggelser, ambulante og skadestuekontakter, og angivet som antal registrerede kontakter pr. 10.000, for henholdsvis mænd og kvinder, i de fem forskellige etniske grupper. Data omfatter både registreringer i LPR og i Det Psykiatriske Centralregister. Samme person kan være registreret for flere kontakter i løbet af 2003, både i form af indlæggelser, ambulante- eller skadestuekontakter.

Kontaktrate er lavest blandt etnisk danske mænd og kvinder og højst blandt adopterede mænd og kvinder. Indvandrere har lavere kontaktrate end de to efterkommer grupper.

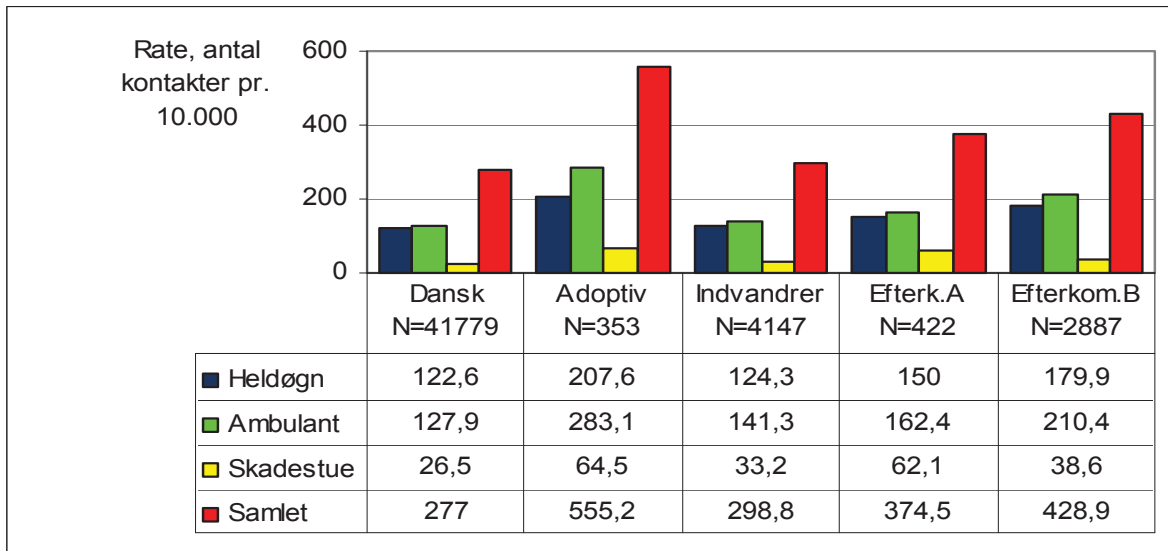
Det er bemærkelsesværdigt, at gruppen af efterkommere B har højere kontaktrate for begge køn end efterkommer A gruppen og gruppen af indvandrere. Forskellene mellem de etniske grupper er signifikante, for mænd er  $P < 0,001$  og for kvinder  $0,01$ .

Der er kun små kønsforskelle i den samlede kontaktrate, bortset fra at indvandrerkvinder har lavere rate end indvandrer mænd og der er ingen markante forskelle mellem danske kvinder og indvandrerkvinder (Figur 7.7 og 7.8).

Figur 7.7. Omfanget af kontakter fordelt på kontakttipe og etniske grupper blandt mænd. Rate, antal pr. 10.000. N angiver det samlede antal kontakter i de fem grupper.



Figur 7.8 Hyppigheden af kontakter fordelt på kontaktttype og etniske grupper blandt kvinder. Rate, antal kontakter pr. 10.000. N angiver antallet af kontakter i de fem etniske grupper.

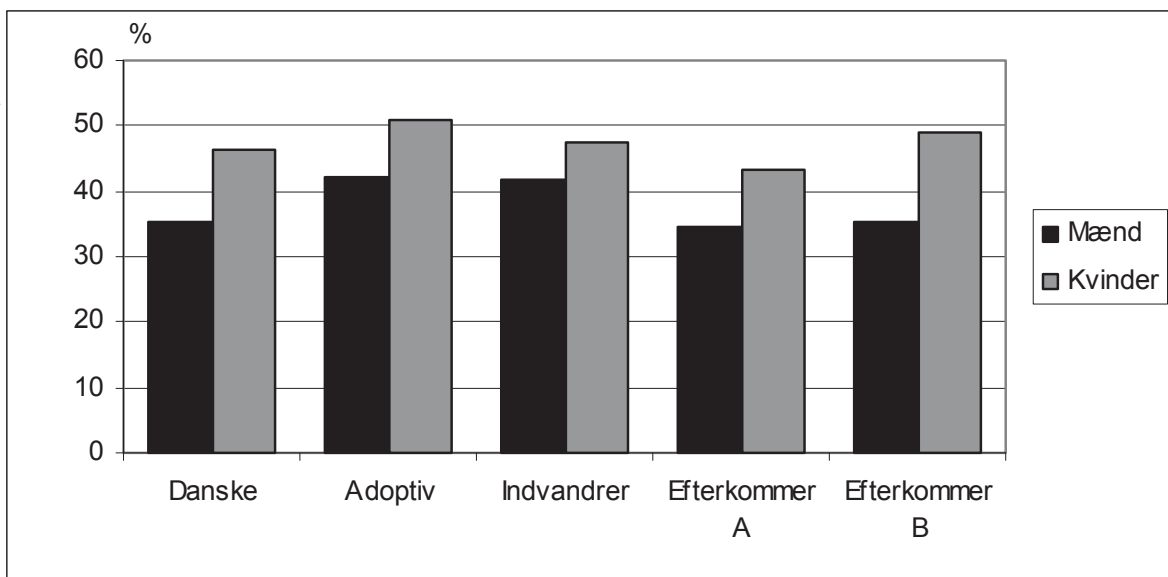




Som tidligere beskrevet, har kvinder relativt flere ambulante kontakter end mænd, og de ambulante kontakter udgør blandt kvinder halvdelen eller lidt under halvdelen af det

samlede antal kontakter i 2003, mens de ambulante kontakter hos mænd udgør mellem 35% og 42% (Figur 7.11). Der er den samme kønsfordeling i de fem etniske grupper.

Figur 7.11 Procentvis andel af ambulante kontakter ud af alle kontakter i 2003, blandt mænd og kvinder.

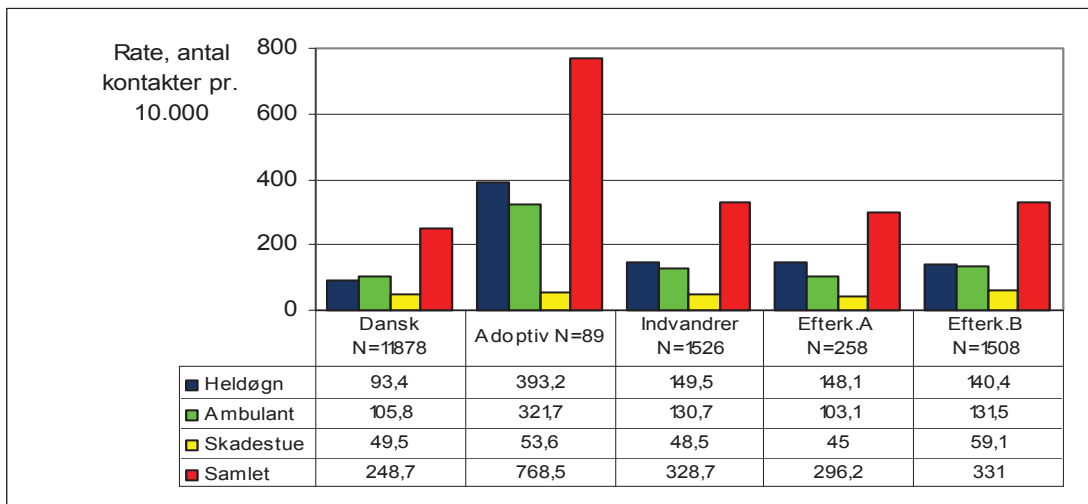


## Aldersforskelle i kontaktrater

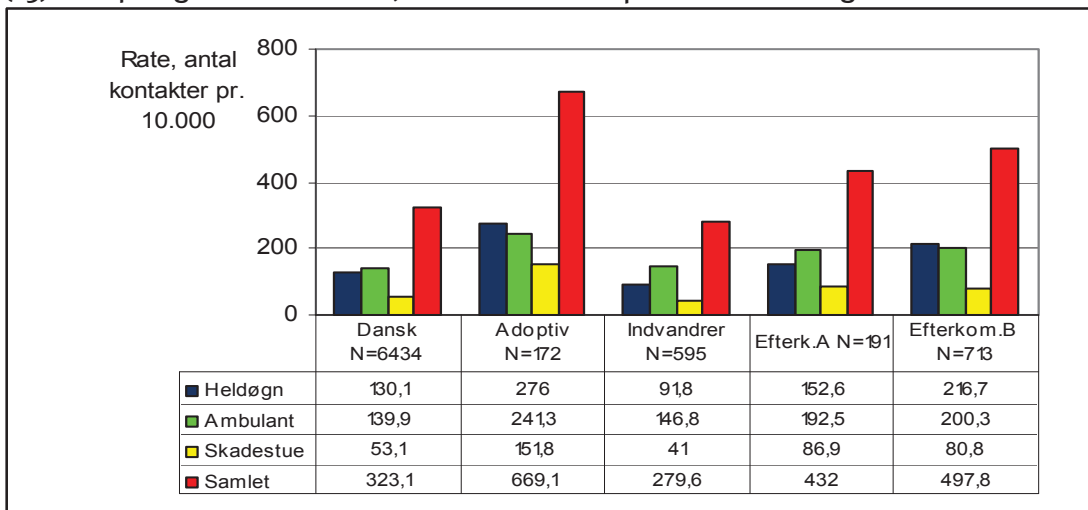
I figurerne 7.12 til 7.14 sammenlignes kontaktraterne i den yngste og den ældste aldersgruppe. Når der ses bort fra gruppen af adopterede, er der ikke noget aldersrelateret mønster i kontaktraterne. Unge kvinder har relativt hyppigere skadestuekontakter end

ældre kvinder, og som det fremgår af Figur 7.12 og 7.13 er kontaktraten både blandt mænd og kvinder markant højere i gruppen af adopterede og relativt højere blandt kvinder i gruppen af efterkommere B end i de øvrige etniske grupper.

Figur 7.12 Hyppigheden af kontakter fordelt på kontaktttype og etniske grupper blandt (15)18-24-årige mænd. Rate, antal kontakter pr. 10.000. N angiver antallet af kontakter.



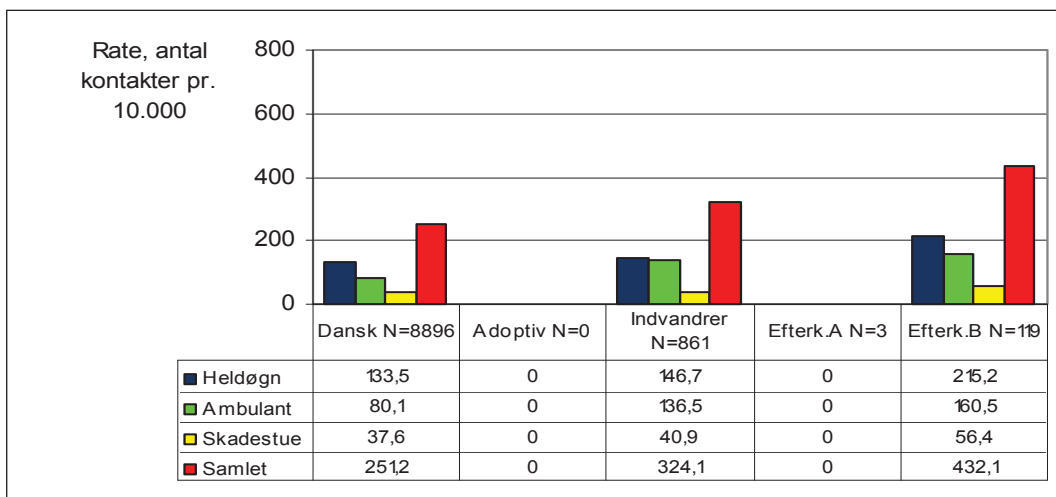
Figur 7.13. Hyppigheden af kontakter fordelt på kontaktttype og etniske grupper blandt (15)18-24-årige kvinder. Rate, antal kontakter pr. 10.000. N angiver antallet af kontakter.



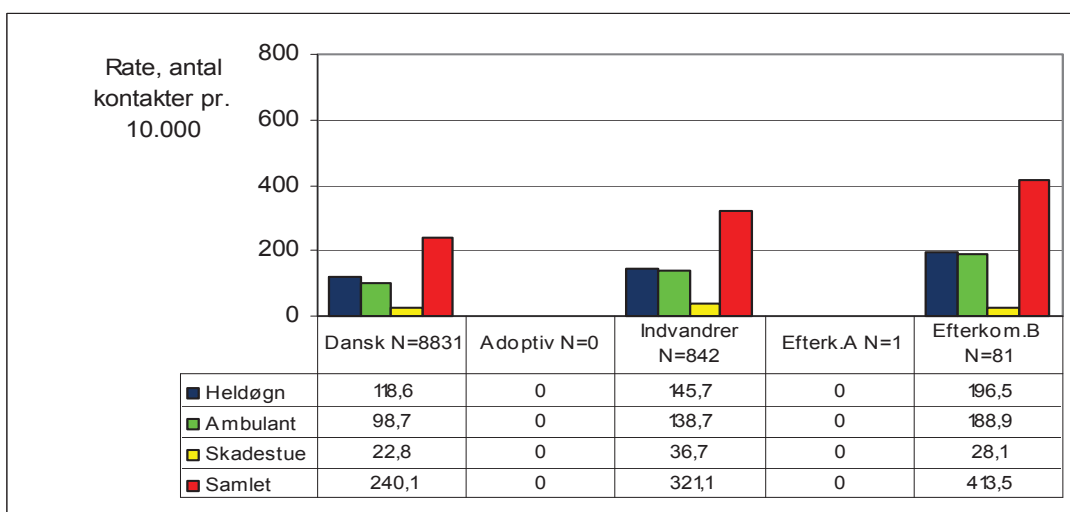
I den ældre aldersgruppe, 45-66-årige, er der ikke identificeret en adoptiv-gruppe, og der er kun meget få identificerede efterkommere, dvs. personer om hvis forældre, der i Danmarks Statistik er oplysninger om andet fødeland end Danmark. Omfanget af

kontakter fordelt på kontaktfordeling blandt 45-66-årige mænd er vist i Figur 7.14. Figurerne viser, at fordelingen er omtrent ens i de fem etniske grupper, og at kontaktraterne både for mænd og kvinder er højst for de 45-66-årige efterkommere B.

Figur 7.14 Hyppigheden af kontakter fordelt på kontaktttype og etniske grupper blandt 45-66-årige mænd. Rate, antal kontakter pr. 10.000. N angiver antallet af kontakter.



Figur 7.15 Hyppigheden af kontakter fordelt på kontaktttype og etniske grupper blandt 45-66-årige kvinder. Rate, antal kontakter pr. 10.000. N angiver antallet af kontakter.



Undersøgelsen viser således markante køns- og aldersmæssige forskelle i kontakter til det psykiatriske behandlingssystem i de fem forskellige etniske grupper.

Der er en markant højere kontaktrate blandt adopterede, mest udtalt i aldersgruppen (15)18-24 år, men også en relativ høj rate blandt efterkommere B. Kvinder er relativt hyppigere alene registreret for ambulante kontakter, og blandt de unge er kontaktraten for selvskade højere blandt kvinder end mænd.

Kontaktraten er i alle aldersgrupper og både blandt mænd og kvinder lavest blandt etnisk danske. Det vil sige, at kontakthypigheden for de etniske minoriteter, både indvandrere, efterkommere og adopterede, adskiller sig fra hypigheden blandt majoriteten i landet.

En lang række undersøgelser har samstemmende med nærværende resultater beskrevet en øget forekomst af psykiske lidelser generelt og af specifikke sygdomme som skizofreni blandt indvandrere og deres efterkommere i forhold til modtagelandenes befolkninger.

Der er komplekse forklaringer herpå. De faktorer, der fører til udvandring, er ofte i sig selv alvorlige risikofaktorer for psykisk sygdom, fx fængsling, tortur, væbnet konflikt, tab af pårørende, tab af social position og fattigdom. Forholdene i modtagelandet, herunder længden og kvaliteten af ophold i

asylcentre, den efterfølgende mulighed for integration og fx racemæssige fordomme i befolkningen påvirker også indvandreres psykiske trivsel (Bhugra 2004a; Carta *et al.* 2005; Steel *et al.* 2006; Bhugra 2000; Bhugra 2003; Bhugra 2004b; Bhugra & Becker 2005).

Der er generationsforskelle i forekomsten og karakteren af psykisk sygdom blandt etniske minoriteter. Flere undersøgelser har i lighed med nærværende rapporteret en højere forekomst blandt anden generationsindvandrere og har bl.a. forklaret det ved konflikter mellem forældrenes og modtagerlandets forskellige kulturer (Saraiva *et al.* 2005) og sociale problemer tilknyttet dårlig uddannelse, arbejdsløshed og fattigdom (Syed *et al.* 2006).

Migrationsprocessen gennemløber karakteristisk flere faser, og tiden efter migrationen vil ofte være præget af talrige tab (af sociale relationer, familie, sprog, værdier, socialt netværk); usikkerhed for fremtiden; sociale, arbejdsmæssige og økonomiske problemer; sproglig isolation og diskrimination. Disse forhold i eksillandet er i stigende grad i fokus som medvirkende til de psykiske problemer, der iagttages blandt indvandrere. Gennem de senere år har der været stigende opmærksomhed på forhold omkring indvandringen, herunder forhold i asylfasen og dennes varighed, de såkaldte perimigratoriske forhold, og disses relation til udviklingen af psykiske lidelser med særlig

fokus på posttraumatiske stressreaktioner (PTSD) (Silove et al 1997) og på den betydning opbrud og kulturelle konflikter kan have på forekomsten af skizofreni (Bhugra, 2000).

Nærværende rapport fokuserer derfor i særlig grad på skizofreni, se afsnit 13.2, og på kontakter betinget af nervøse lidelser, inklusive PTSD, se afsnit 13.4.

## 8. Kontakter til det somatiske sygehusvæsen

Cirka hver fjerde person i populationen har udelukkende en registrering i Landspatientregisteret (LPR), dvs. en kontakt til det somatiske sygehusvæsen. Som vist i Tabel 5.3 er andelen af personer med udelukkende en LPR-registrering lavest blandt adoptivgruppen, 15,4% og højst blandt efterkommere A, 25,9%.

Den væsentligste årsag til somatisk sygehuskontakt er misbrugsrelaterede lidelser, inklusive alkoholmisbrug (ICD10: F1). Dette mønster er mest tydeligt for de unge, (15)18-24-årige, hvorfor der vises data om denne aldersgruppe i figur 8.1.

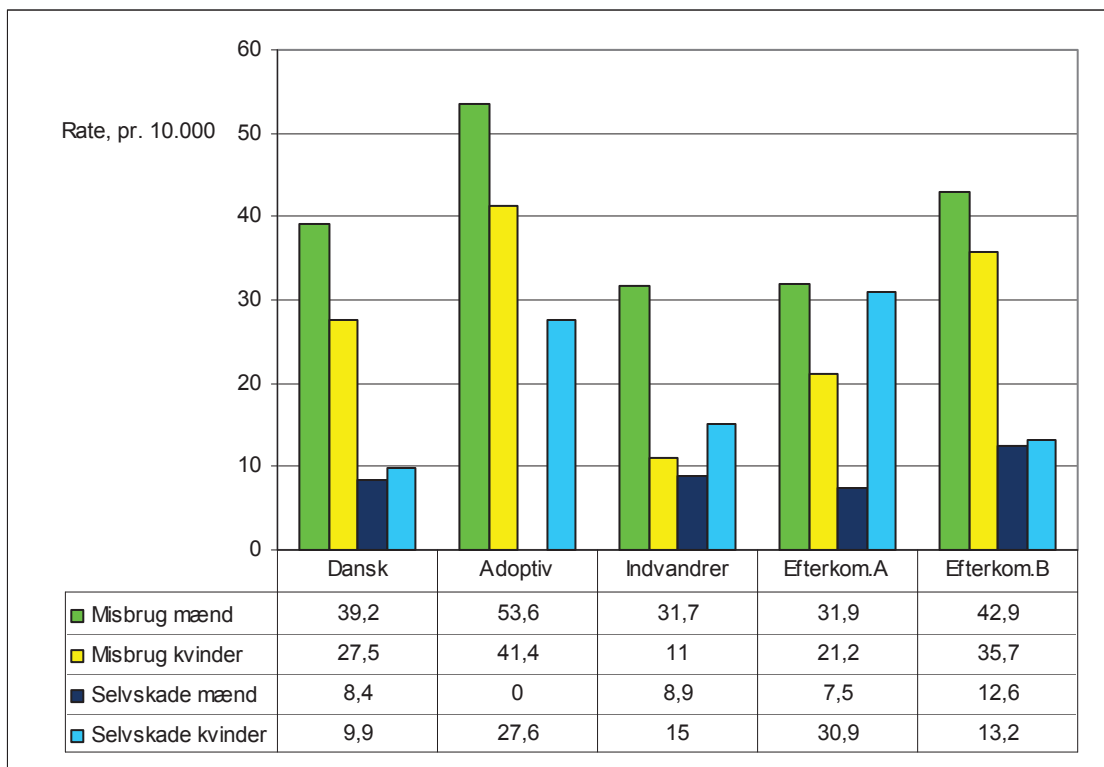
Blandt (15)18-24-årige mænd var raten i 2003 højst blandt adopterede, dernæst efterkommere B og danske, mens den var relativt lav blandt indvandrere og efterkommere

A – og lavere blandt kvinder i alle etniske grupper (Figur 8.1).

Den næsthyppest årsag til kontakt til somatiske sygehuse er selvska-  
de/selv mordshandling, og hyppigheden var i 2003 højere blandt kvinder end mænd i alle etniske grupper – og højst blandt adopterede og efterkommere A.

Der er ingen eller kun enkelte kontakter til de somatiske sygehuse (registreret i LPR) for de øvrige psykiatriske lidelser, inklusive undersøgelser mhp. psykisk sygdom eller retspsykiatriske vurderinger.

Figur 8.1. Patientrater blandt (15)18-24-årige mænd og kvinder, registrerede i LPR for misbrug og selvskade/selvskadebehandling i 2003, fordelt på etniske grupper.  
Rate, antal personer pr. 10.000



## 9. Indlæggelsesvilkår

Registreringen af indlæggelser omfatter information om indlæggelsesvilkårene, dvs. om det drejer sig om en frivillig indlæggelse eller en tvangsindlæggelse. For tvangsindlæggelser skelnes der mellem indlæggelse på ”røde papirer”, som er en akut indlæggelse af psykotiske personer med medvirken af politi og læge på indikationen til fare for sig selv eller andre, og en indlæggelse på ”gule papirer”, som er en ikke akut indlæggelse af psykotiske personer med henblik på en behandlingsmæssig foranstaltning, hvor undladelse af behandling vil forringe helbredelsesmuligheden.

Indlæggelsesvilkår omfatter også retslige foranstaltninger fx indlæggelse i henhold til en dom og/eller til mental observation. De retslige foranstaltninger inkluderer også surrogatfængsling, dvs. en overflytning af arrestanter eller fængslede til psykiatriske afdelinger pga. psykose eller anden akut behandlingskrævende psykisk sygdom.

Den procentvise fordeling af indlæggelsesvilkår i de fem etniske grupper og fordelt på mænd og kvinder er vist i figurerne 9.1 og 9.2.

Det drejer sig om relativt få tvangsindlæggelser blandt de ikke-danske grupper, men andelen af denne type indlæggelsesvilkår og retslige foranstaltninger er markant højere end blandt danske. Det gælder både for mænd og for kvinder.

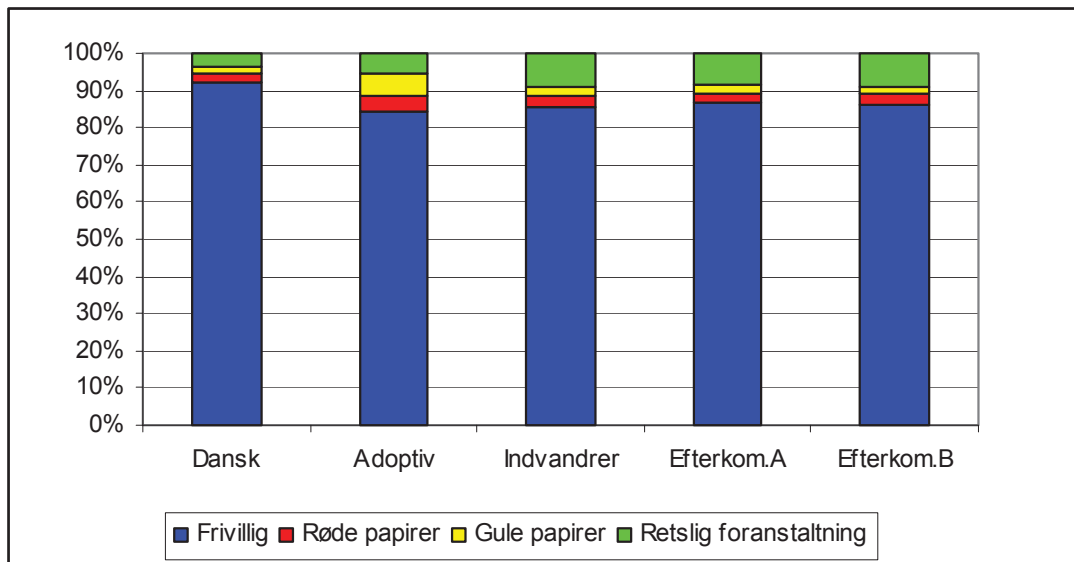
Blandt mænd er mellem 85% og 95% af indlæggelserne frivillige, blandt kvinderne mellem 95% og 97%. Der er en højere andel tvangsindlæggelser og indlæggelser til retslige foranstaltninger blandt ikke-danske.

Blandt mænd varierer andelen af indlæggelser pga. tvang (på røde eller gule papirer) mellem 4,0% og 10,4%, og andelen er højst blandt adopterede. Blandt kvinder er andelen mellem 4,0% og 6,6% og højst blandt ikke-danske.

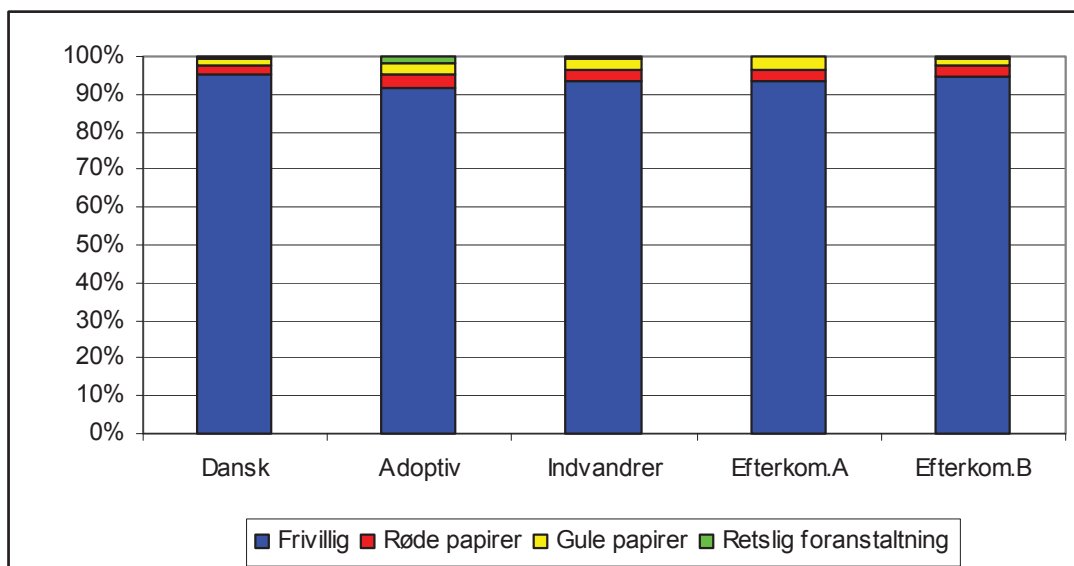
Der er også markante kønsforskelle i andelen af indlæggelser pga. retslige foranstaltninger. Den er højere blandt mænd end kvinder, henholdsvis mellem 3,3% og 9,0% og mellem 0% og 1,9%. Andelen blandt mænd er højst for gruppen af indvandrere og efterkommere og blandt kvinder højst blandt adopterede (Figur 9.1 og Figur 9.2).



Figur 9.1 Den procentvise fordeling af indlæggelsesgrundlaget blandt mænd i 2003, fordelt på etnicitet.



Figur 9.2 Den procentvise fordeling af indlæggelsesgrundlaget blandt kvinder i 2003, fordelt på etnicitet.

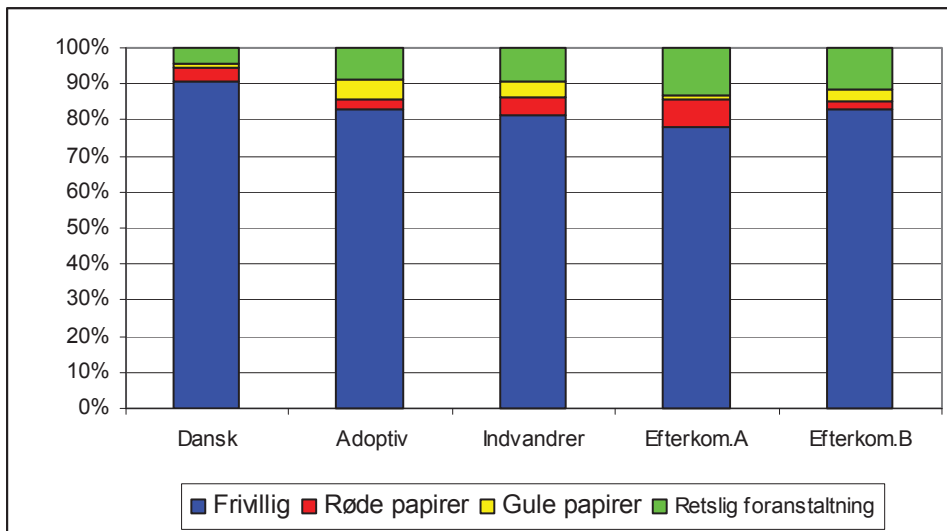


## Aldersforskelle i indlæggelsesvilkår

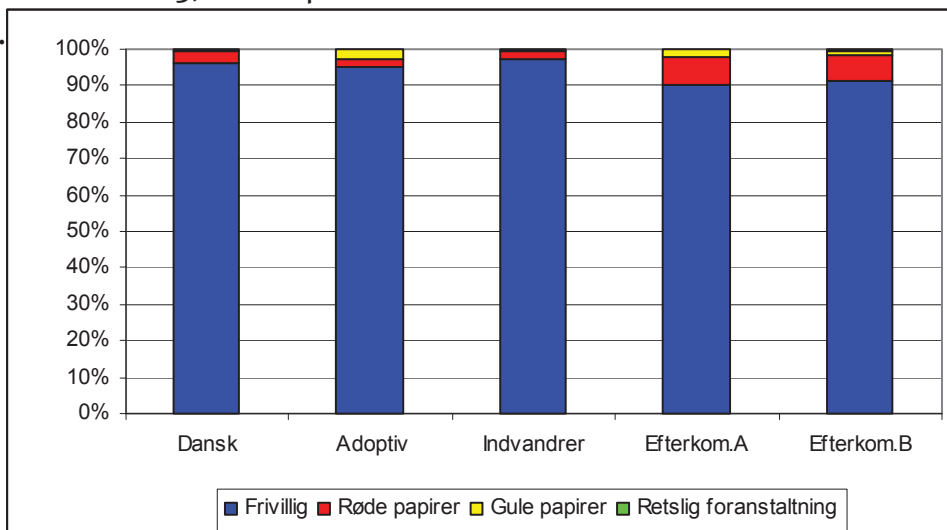
Andelen af ikke-frivillige indlæggelser er højst blandt unge ikke-etnisk danske mænd (10%) både i form af tvangsindlæggelser og indlæggelser til retslige foranstaltninger (Figur 9.3 og figur 9.4).

Også for kvindelige efterkommere er der i forhold til de øvrige etniske grupper af kvinder en relativ høj andel, der blev tvangsindlagt på røde papirer. Men der er ingen eller kun enkelte indlæggelser mhp. retslige foranstaltninger.

Figur 9.3 Den procentvise fordeling af indlæggelsesvilkår blandt (15)18-24-årige mænd i 2003, fordelt på etnicitet.



Figur 9.4 Den procentvise fordeling af indlæggelsesvilkår blandt (15)18-24-årige kvinder i 2003, fordelt på etnicitet



Der er en række mulige forklaringer på den relativt høje andel af tvangsindlæggelser blandt de ikke-etnisk danske mænd. Britiske studier af farlighedskriterier har påvist, at lægers vurdering af farlighed blandt psykiatriske patienter influeres af patienternes etnicitet, farligheden overvurderes hos sorte og undervurderes hos hvide (Hicks 2004). Andre studier rapporterer en relativ høj forekomst af tvangsindlæggelser blandt etniske minoriteter i London og Rotterdam (Davies *et al.* 1996; Mulder *et al.* 2006) Det beskrives, at racisme påvirker diagnostik og har betydning for, at kontakt med sundhedsvæsenet udskydes (Bhugra & Bhui 1999).

Andre beskriver, at forskelle i diagnostiske kriterier medvirker til de påviste etniske forskelle i andelen af tvangsindlæggelser (Singh *et al.* 1998). En norsk undersøgelse af indlæggelsesmønstret blandt indvandrere i forhold til nordmænd fandt tilsvarende, at der i indvandrergruppen var signifikant flere, der blev tvangsindlagt, at de hyppigere fik en psykosediagnose, og at en væsentlig årsag hertil var en senere kontakt med sundhedsvæsenet og en mere fremskreden sygdom på indlæggelsestidspunktet (Berg & Johnsen, 2004).

De retslige foranstaltninger inkluderer mentalobservationer og dom til behandling eller anbringelse. I den aktuelle undersøgelse er der ikke taget højde for de mulige etniske forskelle i en række sociale faktorer, som kan forventes at have indflydelse på den type kriminalitet, som er baggrunden for indlæggelser til retslige foranstaltninger.

Danske og udenlandske undersøgelser af etniske forskelle i kriminalitet fremhæver, at såfremt der justeres for socioøkonomiske forskelle mellem et lands oprindelige befolkning og indvandrere og deres efterkommer, så udviskes den markante etniske forskel i kriminalitetshyppighed (Kyvsgaard 2001).

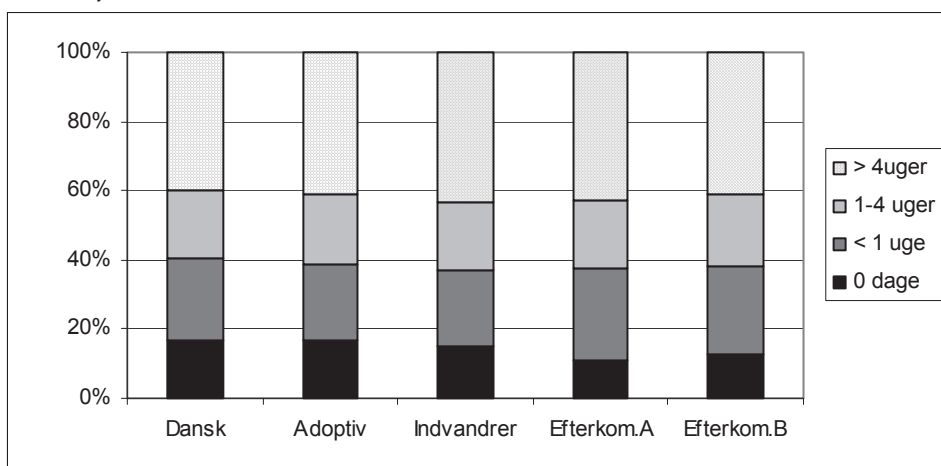
Det rapporteres også, at politiets holdning til indvandrergupperne i Danmark har betydning for omfanget af anholdelser og sigtelser (Kyvsgaard 2005). Dette underbygges af en undersøgelse foretaget af Justitsministeriets Forskningsafdeling om frafald af sigtelser blandt indvandrere og danskere. Andelen af grundløse sigtelser blandt danskere var knap 4% ud af alle sigtelser for sædelighedsforbrydelser mod 11% blandt efterkommere (Kyvsgaard 2001).

## 10. Indlæggelsestid

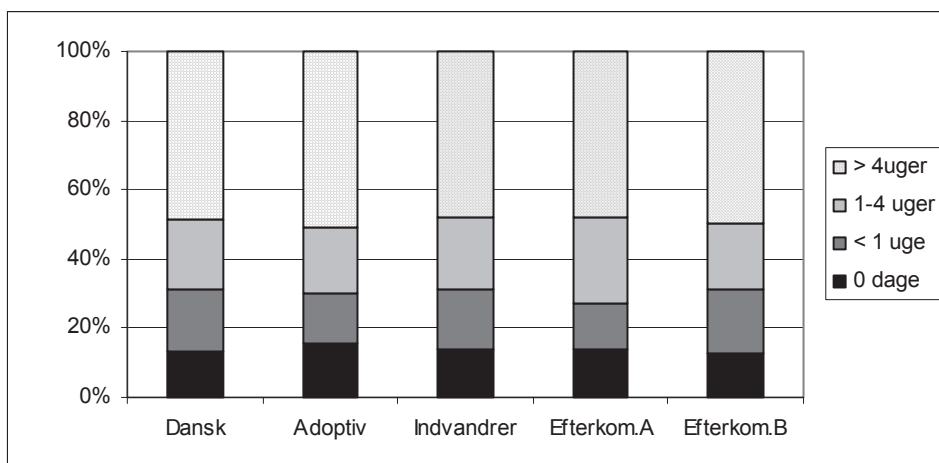
Knap 10% af alle indlagte mandlige patienter er kun indlagt et døgn eller mindre, 40% er indlagt mellem to døgn og 14 døgn og ca. 40% er indlagt i fire uger eller mere. Der er ingen forskelle de etniske grupper imellem (Figur 10.1). Kvinder er indlagt i relativt læn-

gere tid end mænd, således var knap halvde- len indlagt i fire uger eller længere (Figur 10.2). Til gengæld er andelen af indlagte blandt alle kontakter til det psykiatriske be- handlingsvæsen lavere blandt kvinder end mænd, som tidligere beskrevet.

Figur 10.1 Den procentvise fordeling af antal indlæggelsesdage blandt mænd i 2003, fordelt på etnicitet.



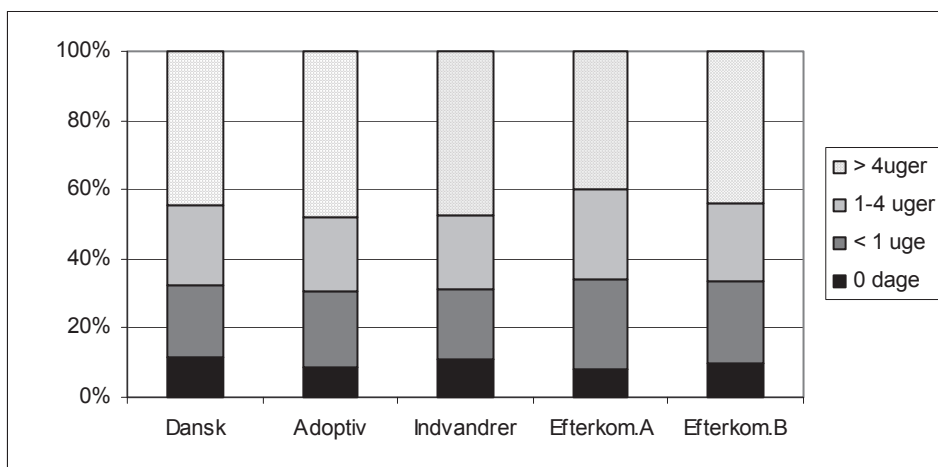
Figur 10.2 Den procentvise fordeling af antal indlæggelsesdage blandt kvinder i 2003, fordelt på etnicitet.



Det kunne forventes, at det især er de kroniske sygdomme som skizofreni, der medfører lange indlæggelsestider. Men som vist i Figur 10.3 er der blandt alle patienter med ski-

zofreni som prioriteret diagnose i 2003 ikke en markant større andel med langvarig indlæggelse, dvs. 4 uger og mere.

Figur 10.3. Den procentvise fordeling af antal indlæggelsesdage blandt patienter med skizofreni i 2003, fordelt på etnicitet.



## 11. Incidens i 2003

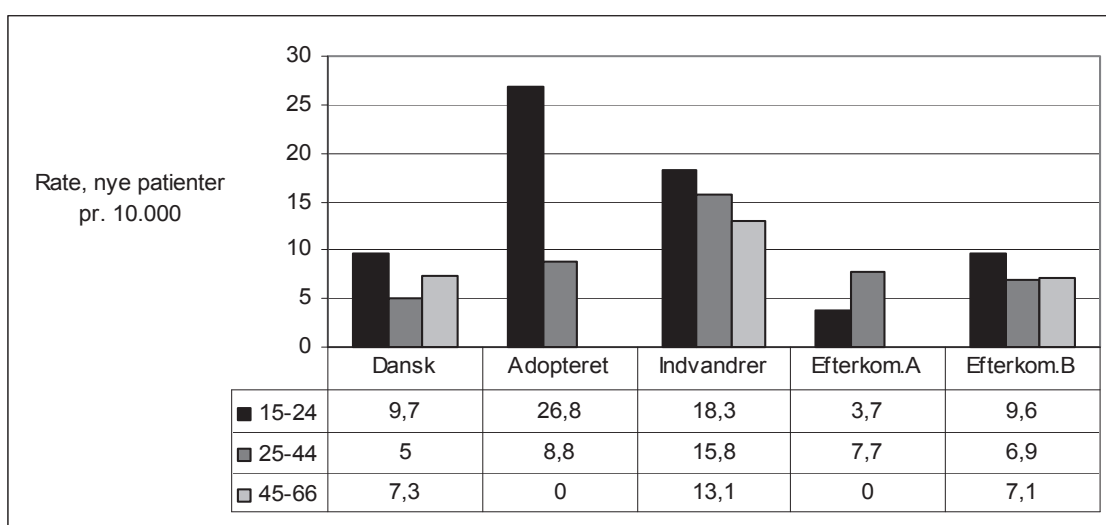
Incidens er defineret som hyppigheden af nytilkomne personer med en given tilstand pr. tidsenhed. I nærværende undersøgelse har vi sammenholdt registreringer i Det Psykiatriske Centralregister og registreringer for de afgrænsede diagnoser i LPR i perioden 1995-2003 for de i alt 50.877 personer, der indgår i populationen og derved identificeret de personer, som første gang er registreret i det ene eller begge registre i 2003, dvs. ”nytilkomne” tilfælde. Herud fra er incidensen i 2003 blevet beregnet inden for de forskellige aldersgrupper, for hvert køn og i forhold til de fem etniske grupperinger.

Incidensen er angivet som antal nytilkomne tilfælde pr. 10.000 i pågældende gruppe og

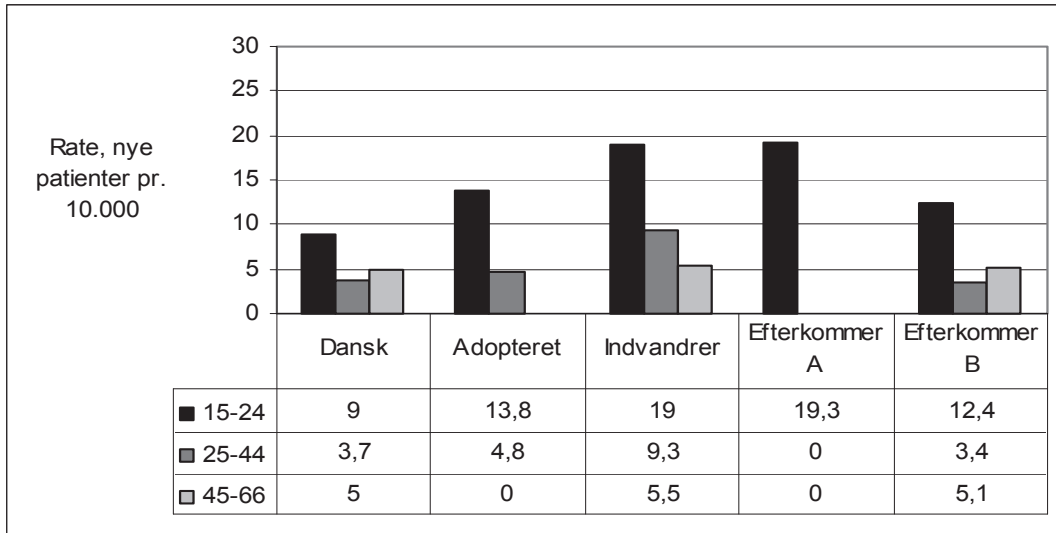
forudsætter naturligvis, at personerne ikke tidligere end 1995 har været registreret for en kontakt pga. psykisk lidelse mm. Personer, der er indvandret til Danmark i perioden efter 1995 kan meget vel have haft kontakter til det psykiatriske behandlingssystem inden ankomsten hertil landet. Det kan der naturligvis ikke tages højde for i analyserne.

De følgende figurer viser raten for nytilkomne personer med psykiske lidelser og selvskader i 2003 for henholdsvis mænd og kvinder i de etniske grupper. Grupperne af adopterede og efterkommere omfatter meget få personer, og de anførte incidensberegninger hviler derfor på et spinkelt grundlag.

Figur 11.1. Mænd: Incidens 2003. Antal førstegangsregistrerede mænd pr. 10.000, fordelt på etniske grupper og aldersgrupper



Figur 11.2. Kvinder: Incidens 2003. Antal førstegangsregistrerede kontakter blandt kvinder pr. 10.000, fordelt på etniske grupper og aldersgrupper.

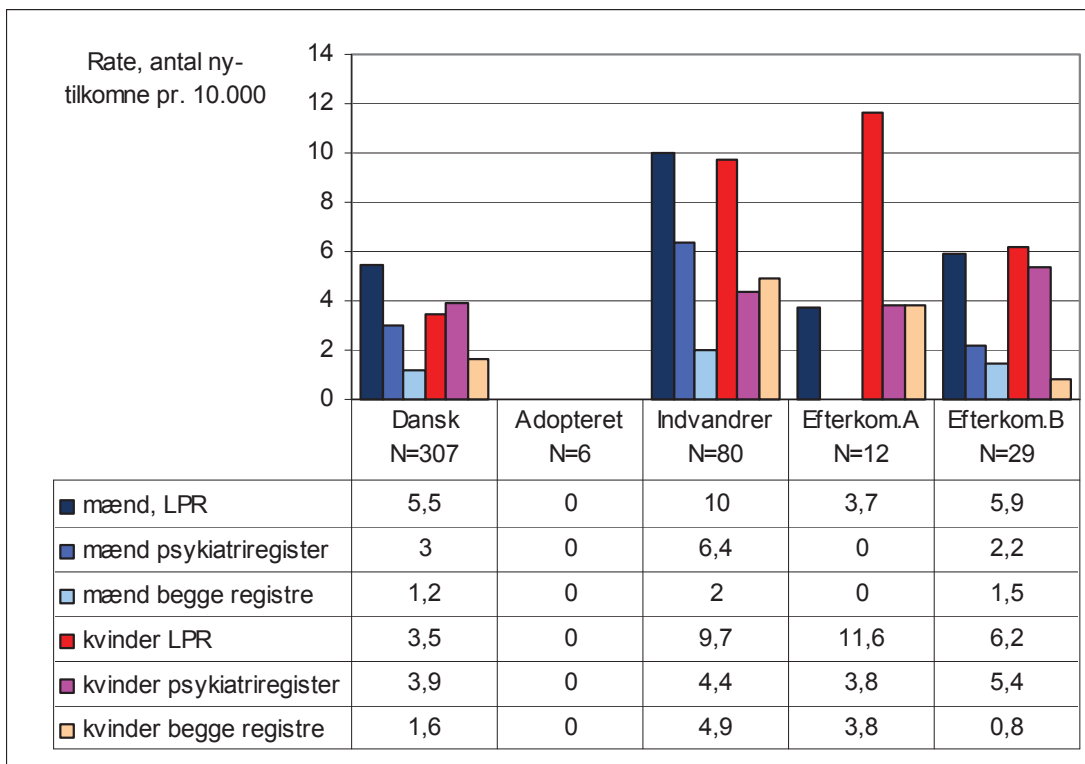


## Aldersforskelle i incidens

Ikke overraskende er incidensen, dvs. førstegangsregistrerede kontakter, højst i den yngste aldersgruppe. Blandt de (15) 18-24-årige er den første kontakt oftest registreret i LPR, dvs. en kontakt til det somatiske sygehusvæsen, og oftest en skadestuekontakt, fx på grund af alkoholforgiftning, selvmordshandling eller andre akutte psykiske problemer (Figur 11.3).

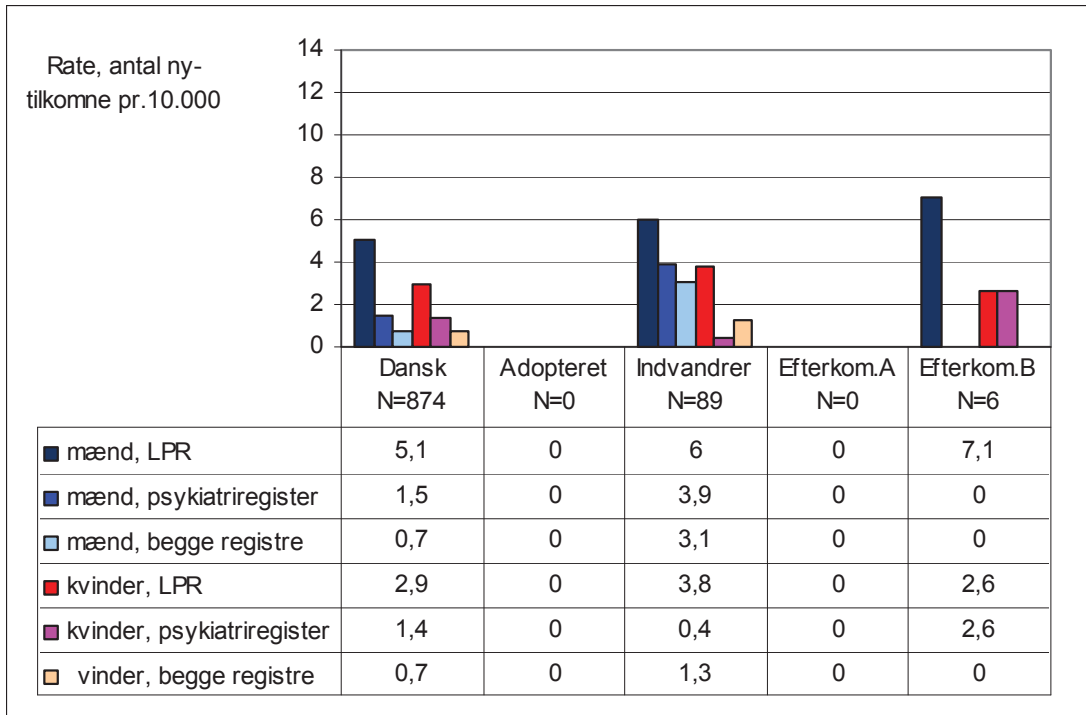
At incidensen er relativt høj blandt indvandrere kan tvangsfrit forklares ved, at de kun i kort tid har haft opholdstilladelse og dermed registreret med et dansk CPR, og at en evt. tidligere kontakt til sygehusvæsenet pga. en psykisk lidelse ikke er registreret på deres aktuelle CPR-nummer.

Figur 11.3. Førstegangsregistreringer i 2003 blandt (15)18-24-årige, fordelt på i hvilket register kontakten er registreret. Incidens, antal personer pr. 10.000.





Figur 11.4. Førstegangsregistreringer i 2003 blandt 45-66-årige, fordelt på i hvilket register kontakten er registreret. Incidens, antal personer pr. 10.000.



## 12. Etniske forskelle i specifikke psykiske lidelser

I de følgende afsnit beskrives etniske forskelle i forekomsten af afgrænsede psykiske lidelser ud fra registreringen af aktionsdiagnoser, dvs. den væsentligste årsag til en sygehuskontakt eller kontakt til distriktspsykiatrien. Aktionsdiagnoserne omfatter psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, udvalgte koder for kontakter til sundhedsvæsenet pga. problemer med relation til psykisk lidelse, udredning og retslige forhold samt koder relateret til sygehuskontakt pga. selvskade/selv-mordshandling.

Der er som beskrevet gennemført en prioritering af aktionsdiagnoser inden for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, således at der for en given persons kontakter i 2003 kan udvælges den vægtigste aktionsdiagnose, jævnfør side 23.

Figur 12.1 og 12.2 viser det absolutte antal af mænd og kvinder i de fem etniske grupper fordelt på registreringer inden for de prioriterede diagnoser. Figurerne 12.3 og 12.4 viser den procentvise fordeling af prioriterede diagnoser i de etniske grupper for henholdsvis mænd og kvinder, således, at den procentvise andel af patienter med pågældende psykiatriske diagnose er beregnet ud fra det samlede antal patienter i de enkelte etniske

grupper for mænd og for kvinder. Fordelingen vil naturligvis være påvirket af, at de enkelte diagnosekategorier er vægtede, således, at en kontakt pga. en skizofrenidiagnose i det pågældende år prioriteres frem for en kontakt pga. en adfærdsförstyrrelse.

Figurerne 12.1 og 12.2 viser antal patienter, der er registret i 2003 med de forskellige ICD10-koder Fo til F9, svarende til følgende hovedgrupper af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, X koder og kontaktårsagskode 4 for selvskade eller selvmordshandlinger samt Z- koder for diagnostiske udredninger og retspsykiatriske undersøgelser:

F0: Organiske psykiske lidelser;

F1: Psykiske lidelser ved brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer;

F2: Skizofreni, paranoide psykoser mm;

F3: Affektive sindslidelser;

F4: Nervøse og stress-relaterede tilstande, incl. PTSD;

F5: Adfærdssændringer ved fysiologiske forstyrrelser;

F6: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd;

F7: Mental retardering;

F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser;

F9: Psykisk lidelse uden specifikation;

K4 + X60-X84: Selvskade/selv-mordshandling

Z-koder: Z004; Psykiatrisk undersøgelse,  
ikke klassificeret andetsteds  
Z032; Obs. For mentale eller adfærdsmæssige-  
forstyrrelser (ej befundet)  
Z0460; Retspsykiatrisk observation

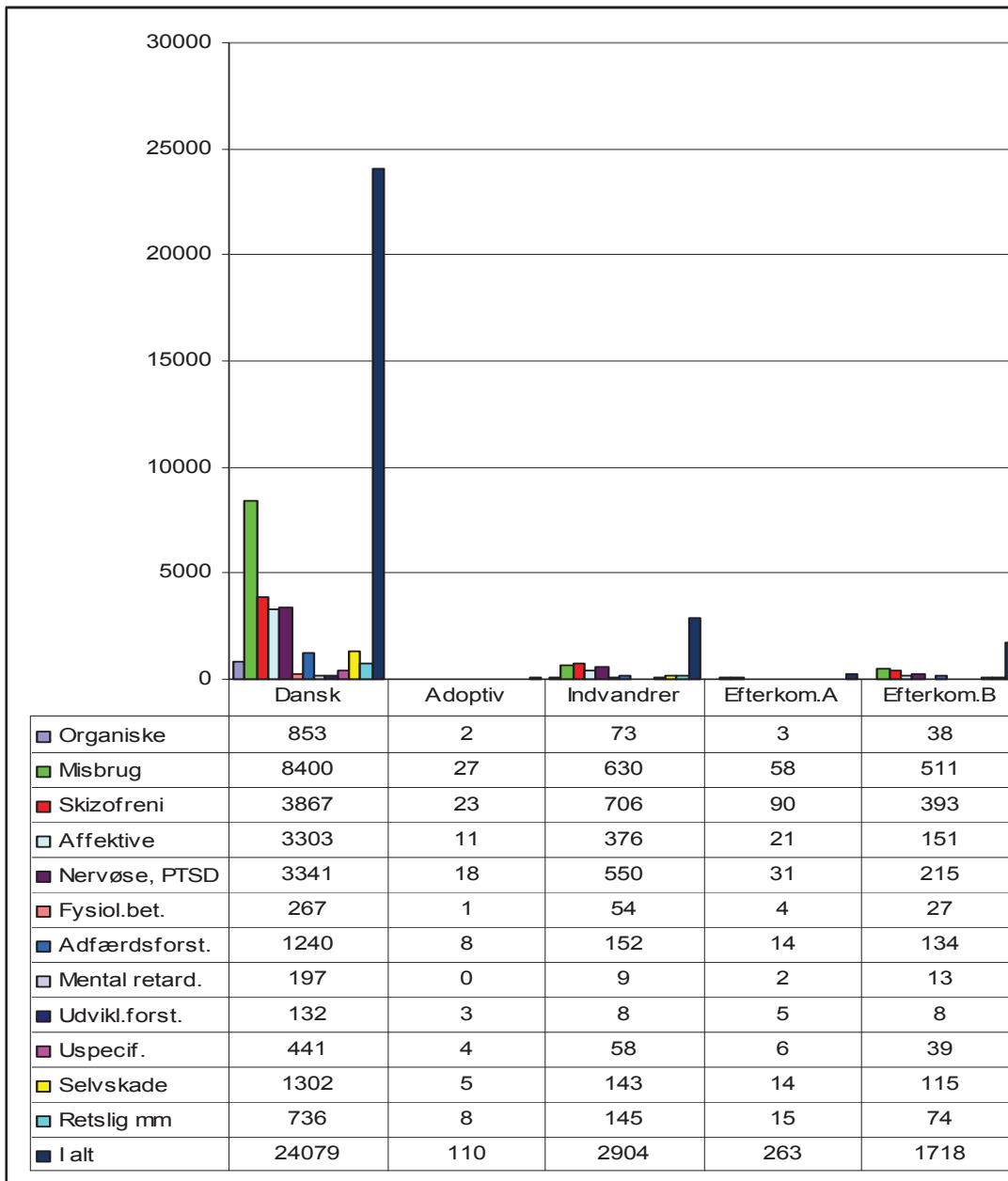
Z0461; Dom til psykiatrisk behandling  
Z0462; Dom til psykiatrisk anbringelse  
Z0468; Anden retspsykiatrisk undersøgelse eller  
foranstaltning  
Z914; Psykisk traume, ikke klassificeret andet-  
steds.

## 12.1 Patientantal i hver diagnostisk gruppe

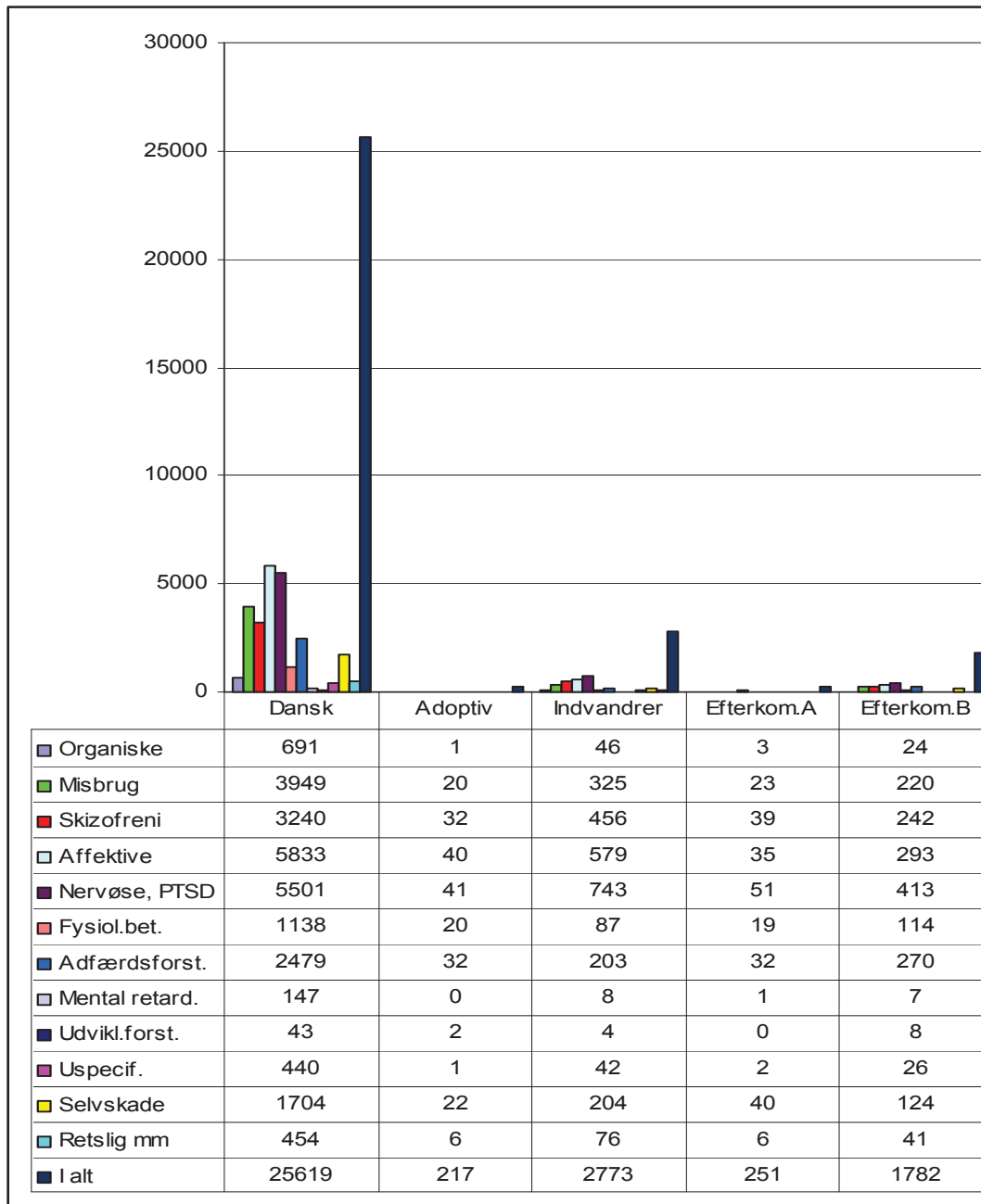
Som beskrevet omfatter etnisk danske naturligvis langt den største gruppe i populationen. Figurerne 12.1 og 12.2 viser antal patienter inden for prioriterede diagnoser og

fordelt på etniske grupper i 2003. Enkelte patienter er i dette år registreret med mere end én prioriteret diagnose.

Figur 12.1. Antal mænd i populationen, fordelt på prioriteret diagnose og etnisk gruppe.



Figur 12.2. Antal kvinder i populationen, fordelt på prioriteret diagnose og etnisk gruppe.

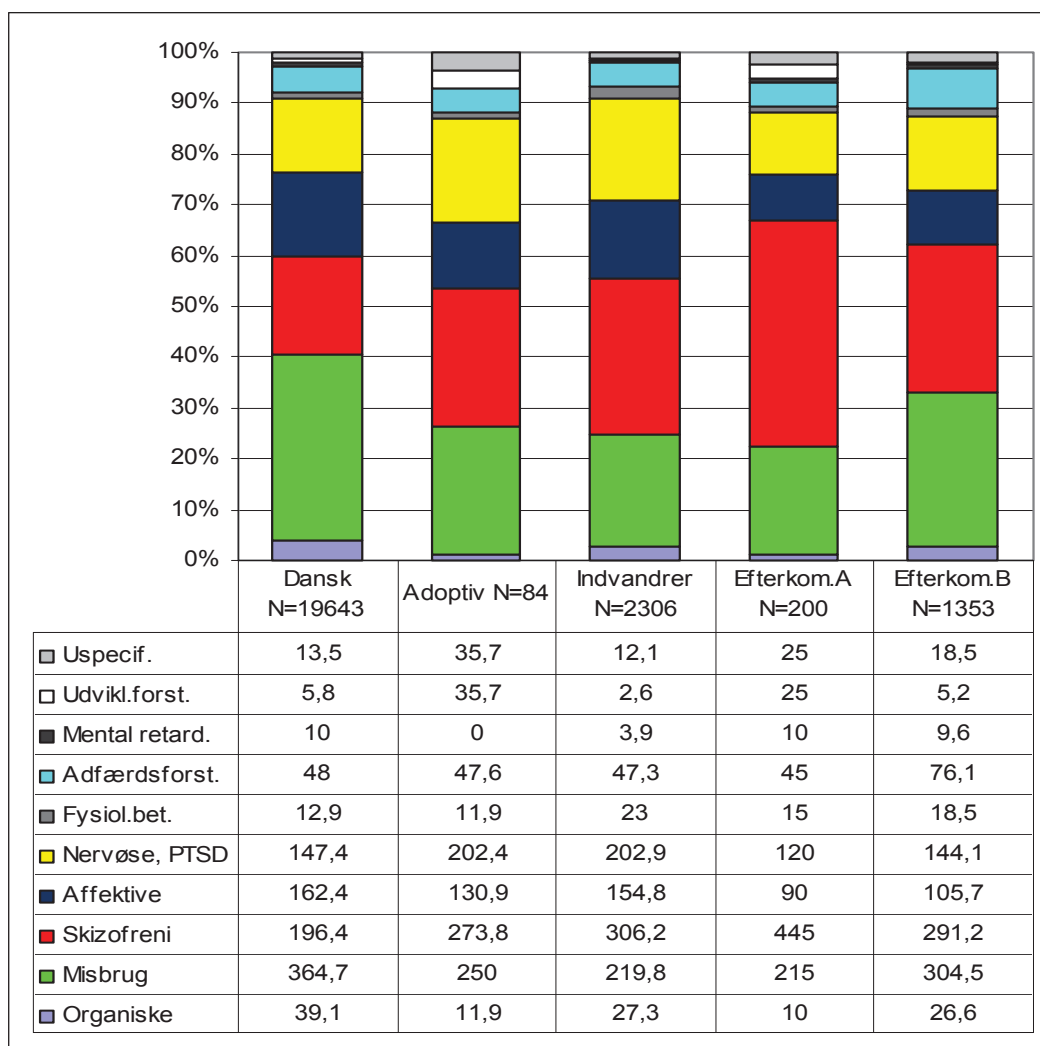


## 12. 2 Populationens fordeling på prioriterede diagnoser

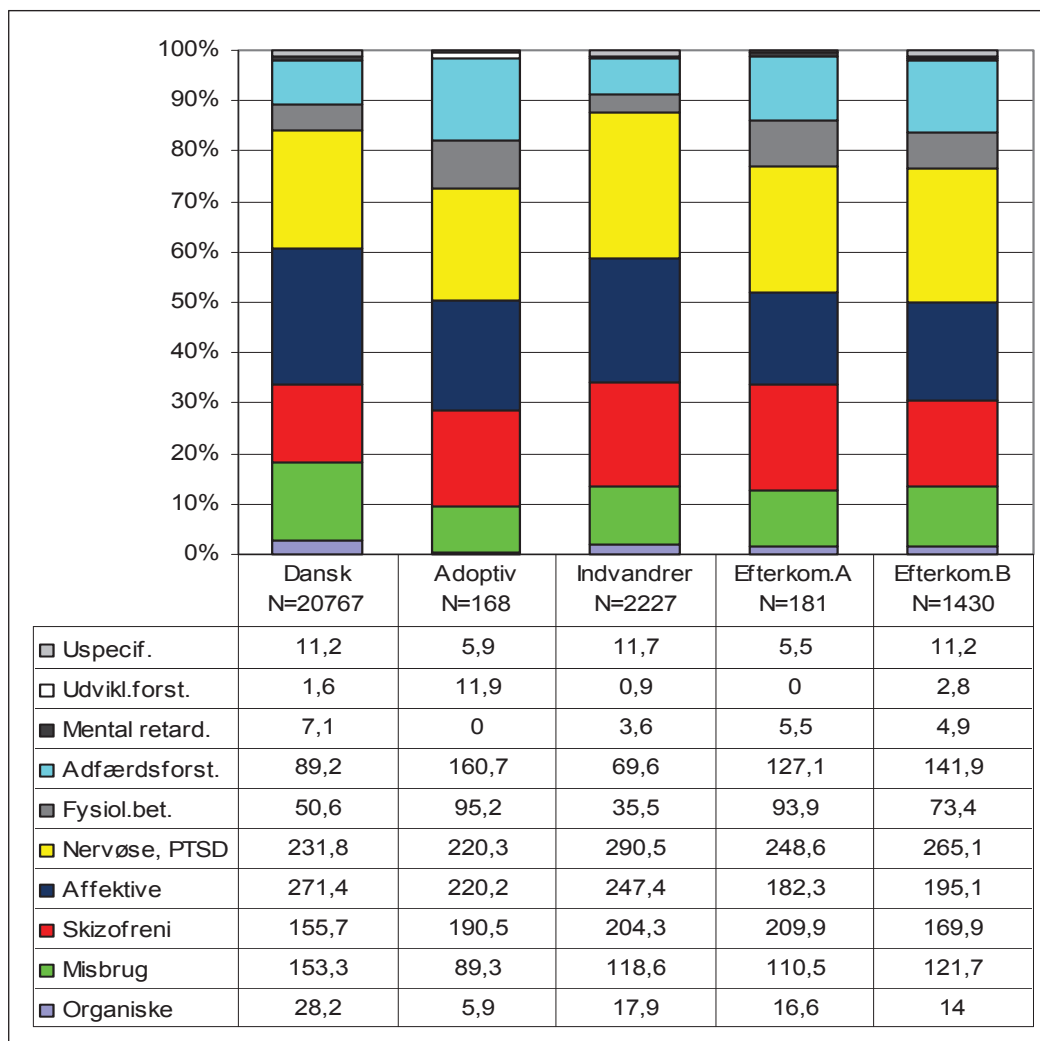
De to følgende figurer viser den procentvise fordeling af populationen i forhold til prioriteret psykiatrisk diagnose, således at en person kun indgår i en enkelt diagnostisk gruppe, fx skizofreni eller nervøse lidelser. Fordelingen er baseret på data om patientrater, antal forskellige personer pr. 10.000, der

indgår med den enkelte prioriterede aktionsdiagnose. En person forekommer således kun i én prioriteret diagnosegruppe. Der er ikke medtaget data om de personer, der kun er registreret med en kontakt pga. selvskade/selv-mordshandling eller for en Z-kode.

Figur 12.3. Relativ fordeling af prioriterede aktionsdiagnoser blandt mænd i de enkelte etniske grupper i 2003. Kontakter pga. selvskade og undersøgelser (Z-diagnoser) er ekskluderet. Tabellen viser raterne, antal personer pr. 10.000.



Figur 12.4. Relativ fordeling af prioriterede aktionsdiagnoser blandt kvinder patienter i de enkelte etniske grupper i 2003. Kontakter pga. selvskade og undersøgelser (Z-diagnoser) er ekskluderet. Tabellen viser raterne, antal personer pr. 10.000.



Blandt etnisk danske mænd udgør misbrugsrelaterede lidelser knap 40% og skizofreni ca. 20% af årsagerne til kontakt til det psykiatriske behandlingssystem, mens skizofreni relativt udgør en større andel af kontaktårsagerne i de øvrige etniske grupper tillige med personlighedsforstyrrelser og

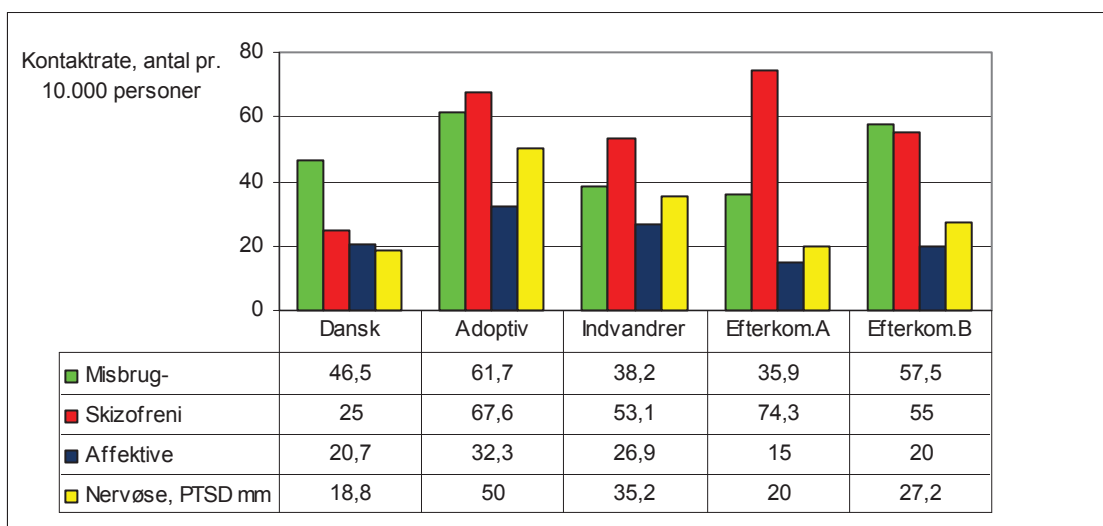
nervøse lidelser. Blandt kvinder udgør affektive lidelser, nervøse lidelser og personlighedsforstyrrelser en langt større andel end blandt mænd, og andelen af personlighedsforstyrrelser er størst blandt adopterede og efterkommere B.

### 13. Kontaktrater for udvalgte psykiske lidelser i 2003

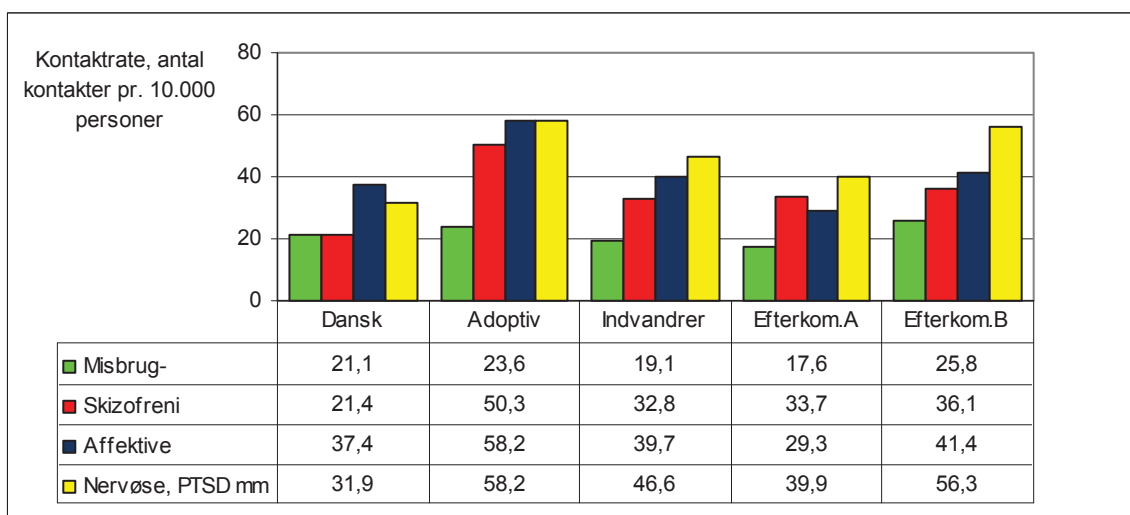
De følgende figurer viser omfanget af kontakter til det psykiatriske behandlingssystem og skadestuer i 2003 inden for de

hyppigst forekommende aktionsdiagnoser og kontaktårsager blandt mænd og kvinder i de forskellige etniske grupper.

Figur 13.1. Kontaktrate for misbrugsrelaterede lidelser, skizofreni, affektive lidelser og nervøse lidelser blandt mænd i 2003, fordelt på etniske grupper. Antal pr. 10.000 personer.



Figur 13.2. Kontaktrate for misbrugsrelaterede lidelser, skizofreni, affektive lidelser og nervøse lidelser blandt kvinder i 2003, fordelt på etniske grupper. Antal pr. 10.000 personer.





Der er markante kønsforskelle i fordelingen af aktionsdiagnoser (årsagerne til kontakten), idet skizofreni og misbrugsrelaterede lidelser oftere er kontaktårsag blandt mænd og affektive og nervøse lidelser oftere blandt kvinder. Det gælder i alle 5 etniske grupper.

Blandt etnisk danske mænd og efterkommere B, dvs. efterkommere hvis ene forælder er født i Danmark, skyldes kontakterne hyppigst misbrug, mens den hyppigste kontaktårsag blandt mandlige adopterede, indvandrere og efterkommere A er skizofreni og

relaterede lidelser. Forskellene de etniske grupper i mellem er signifikante for både mænd og kvinder ( $p < 0,001$ ).

Affektive lidelser, dvs. manier og depressive lidelser, er den hyppigste kontaktårsag blandt etnisk danske kvinder, mens nervøse lidelser, inklusive PTSD, udgør den hyppigste kontaktårsag blandt kvindelige indvandrere og efterkommere. Blandt kvindelige adopterede er de affektive og nervøse lidelser lige hyppige.

### ***13.1 Misbrugsrelaterede lidelser***

Misbrugsrelaterede lidelser omfatter en bred gruppe af lidelser med forskelligt klinisk billede og sværhedsgrad. De har alle det til fælles, at de psykiske lidelser antages at være fremkaldt af indtagelse af et eller flere psykoaktive stoffer.

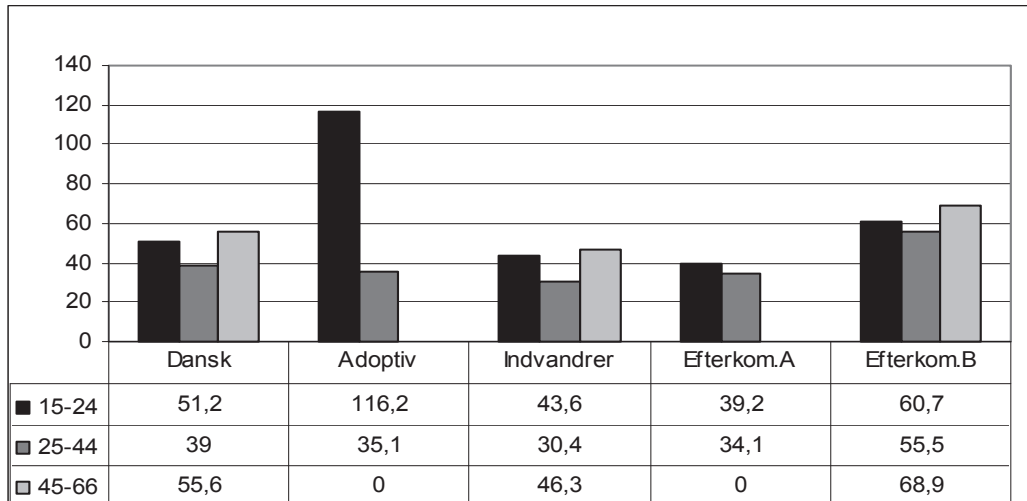
Lidelserne omfatter skadeligt brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer såsom opiater, cannabis, kokain og andre morfika samt lægemidler, fx sedativa og hypnotika til behandling af søvnløshed, angst og uro. Mange brugere af disse stoffer tager mere end én type stoffer, og diagnostisk praksis er den, at det er det stof, der har givet anledning til kontakten med sundhedsvæsenet, der ligger til grund for hoveddiagnosen. Det er karakteristisk, at gruppen både omfatter stoffer, der er legale og kulturelt acceptable i Danmark (fx alkohol), stoffer, der

er illegale som heroin samt stoffer, der er lægeordnede. Der skelnes ikke mellem om lægemidlet er udskrevet til den pågældende person, eller om det er skaffet gennem videresalg eller på anden måde.

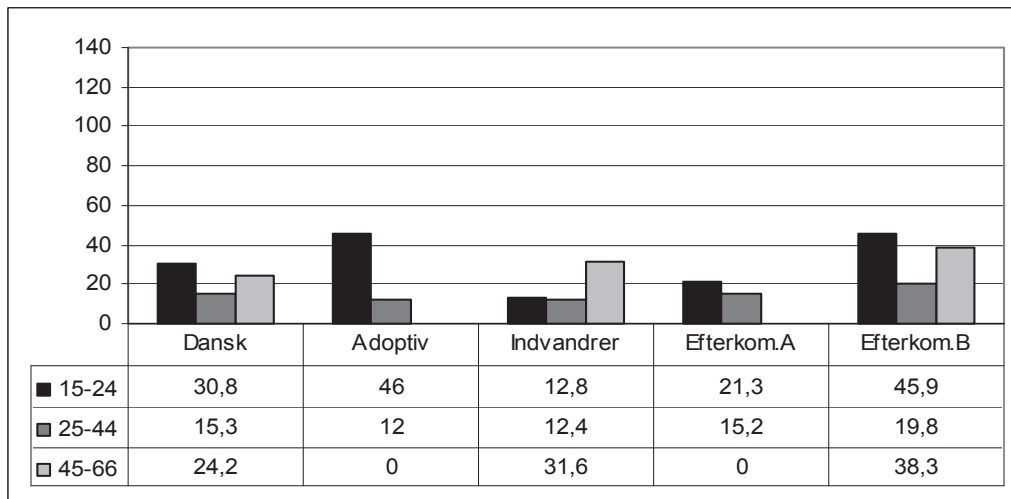
I figurerne vises kontaktraten for misbrugsrelaterede lidelser i 2003, dvs. de kontakter hvor diagnosen var ICD10 koden F1, og hvor der ikke indgik en psykiatrisk diagnose, som er prioriteret højere end F1 (fx F2 for skizofreni).

Som vist i det foregående afsnit er kontaktraterne for misbrugsrelaterede psykiske lidelser markant højere blandt mænd end kvinder, og højst blandt unge i adoptivgruppen, mere end dobbelt så høj som blandt unge etnisk danske mænd. Der er signifikante forskelle i raterne i de etniske grupper og i de tre aldersgrupper, både for mænd og for kvinder ( $p < 0,001$ ).

Figur 13.1.1 Rate for misbrugsrelaterede lidelser blandt mænd. Antal kontakter pr. 10.000, fordelt på etniske grupper.



Figur 13.1.2 Rate for misbrugsrelaterede lidelser blandt kvinder. Antal kontakter pr. 10.000, fordelt på etniske grupper.



I de følgende figurer er der differentieret imellem kontakter pga. alkoholmisbrug, misbrug af lægeudskrevet medicin og anden form for misbrug, og kontaktraterne angiver det samlede antal kontakter, der er registreret i henholdsvis Det Psykiatriske Centralregister og i LPR i 2003, pr. 10.000 i de fem etniske grupper.

Kontakter pga. alkoholmisbrug er ca. halvt så hyppige blandt kvinder sammenlignet med mænd og højst blandt etnisk danske mænd og efterkommere B. Andet omfatter misbrug af euforiserende stoffer, kokain, morfin mm. Der er dobbelt så stor kontaktrate blandt etnisk danske mænd sammenlignet med etnisk danske kvinder, men denne kønsforskel er langt større i de andre etniske grupper.

Kontakter pga. af misbrug af lægeudskreven medicin omfatter kun en lille del af det samlede antal kontakter (Figur 13.1.3 og 13.1.4). Figurerne demonstrerer, at mænd langt hyppigere har kontakter pga. alkoholmisbrug, og at kontaktraten er højst blandt danske mænd og efterkommere B. Der er relativt færre alkoholrelaterede kontakter blandt mandlige indvandrere og efterkommere A.

Det er i andre undersøgelser påpeget, at forældres religion beskytter mod højt alkoholforbrug, også blandt efterkommere. Bradby og Williams (2006) har således rapporteret et meget lavt alkoholforbrug blandt

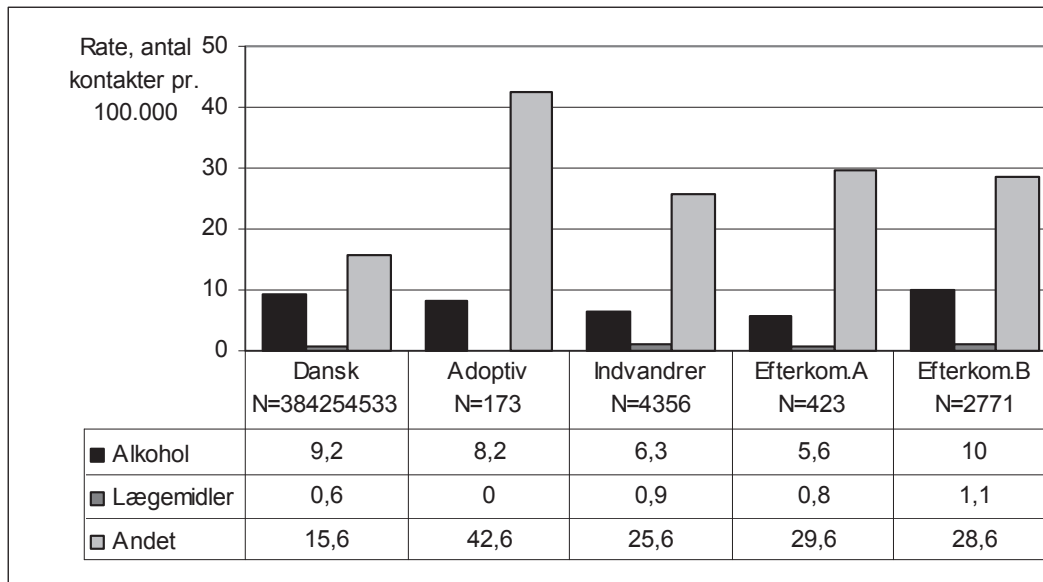
unge efterkommere i muslimske, sikh, og hindu grupper.

Religiøse og kulturelle faktorer synes derimod ikke at beskytte mod andre misbrugsproblematikker. Kontaktraten pga. misbrug af andre substanser end alkohol ligger for alle grupper væsentlig højere end kontakten relateret til alkoholmisbrug. Dette ses i særdeleshed for adoptiv-gruppen, i nogen grad for efterkommere B og i mindre grad for efterkommere A. Den gruppe, hvis kontaktmønster ligner danskernes mest, er indvandrernes.

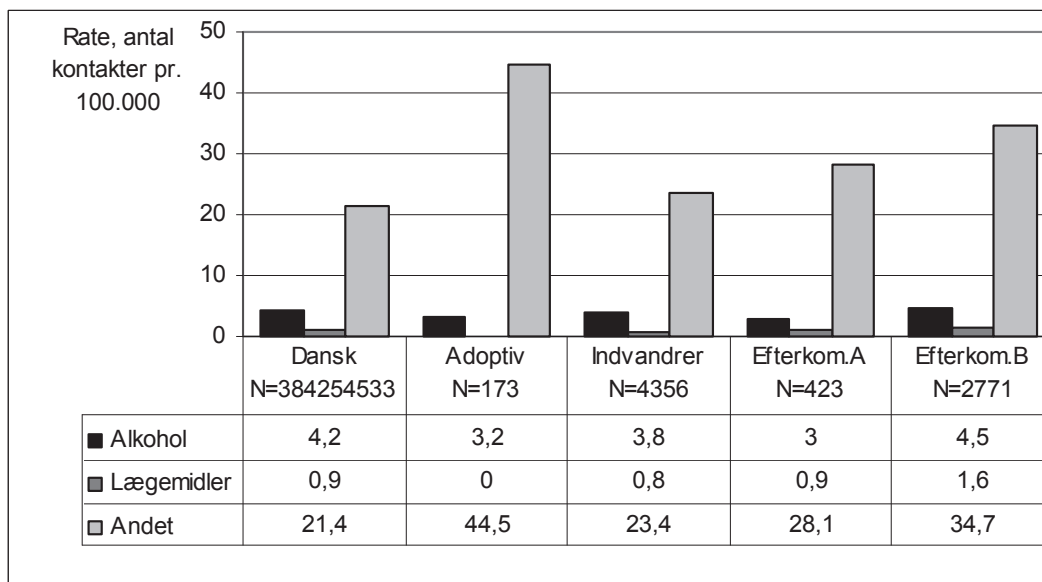
Undersøgelser fra Sverige har peget på, at misbrug blandt indvandrere og efterkommere kan hænge sammen med en række former for psykosociale belastninger, fx mangel på meningsfuld og sammenhængende tilværelse, manglende integration, lav følelse af kontrol over eget liv, økonomiske vanskeligheder, ringe sociale netværk og diskrimination (Saraiva et al. 2005). Men der er behov for yderligere forskning, der kan udrede, hvilke af disse og hvilke andre faktorer, der kan forklare, at adoptiv-gruppen har et massivt højere kontaktmønster end indvandrere og efterkommer-grupperne i relation til misbrug.

Den markante forskel i kontaktrater vedrørende misbrugsrelaterede lidelser for adopterede i forhold til de øvrige grupper genfindes også i diagnosegruppen, personlighedsforstyrrelser (se afsnit 13.5).

Figur 13.1.3 Kontaktrate for misbrugsrelaterede lidelser opdelt på type af misbrug blandt mænd. Antal kontakter i 2003 pr. 10.000



Figur 13.1.4 Kontaktrate for misbrugsrelaterede lidelser opdelt på type af misbrug blandt kvinder. Antal kontakter i 2003 pr. 10.000



## 13.2 Skizofreni og andre psykoser

Skizofrene sindslidelser er karakteriseret ved fundamentale og gennemgribende forstyrrelser af tænkning og perception og af inadækvat eller affladet affekt. Lidelsen er præget af psykopatologiske fænomener, de såkaldte Schneiderske førsterangssymptomer som tankepåvirkningsoplevelser, styringsoplevelser, tredje-persons hørelseshallucinationer, legemlige påvirkningsoplevelser og vrangagtige sansningsoplevelser; samt bizarre vrangforestillinger, kataton adfærd, negative symptomer i form af sløvhed, sprogfattigdom, social tilbagetrækning, initiativløshed eller passivitet. Almindeligvis er den intellektuelle kapacitet uændret, men visse kognitive defekter kan udvikle sig over tid. Forløbet af den skizofrene lidelse kan være kontinuerligt, episodisk med fremadskridende eller stabil defekttilstand eller episodisk med fuld eller delvis remission.

Sammenlignende undersøgelser af skizofreniens forekomst og forløb i en række lande (Jablensky et al. 1992) har vist betydelig lighed i fremtrædelsesform og incidens på tværs af kulturer ved anvendelse af et snævert skizofrenibegreb, men med større variation ved anvendelse af en bredere skizofreniafgrænsning. Der er i udviklingslandene en tendens til oftere at få visuelle hallucinationer, mens der i de industrialiserede lande

ses mere udtalte affektive aspekter, og hyppigere tegn på tankeforstyrrelser.

Generelt har sygdommen stort set samme hyppighed hos de to køn med tidligere sygdomsfrøbrud hos mænd. Sygdomsforløb er markant forskellige fra kultur til kultur generelt med et mere akut indsættende forløb i udviklingslandene, oftere med et katatont præg og et relativt gunstigere forløb mod et mere gradvist forløb i den industrialiserede del af verden, oftere præget af paranoide træk.

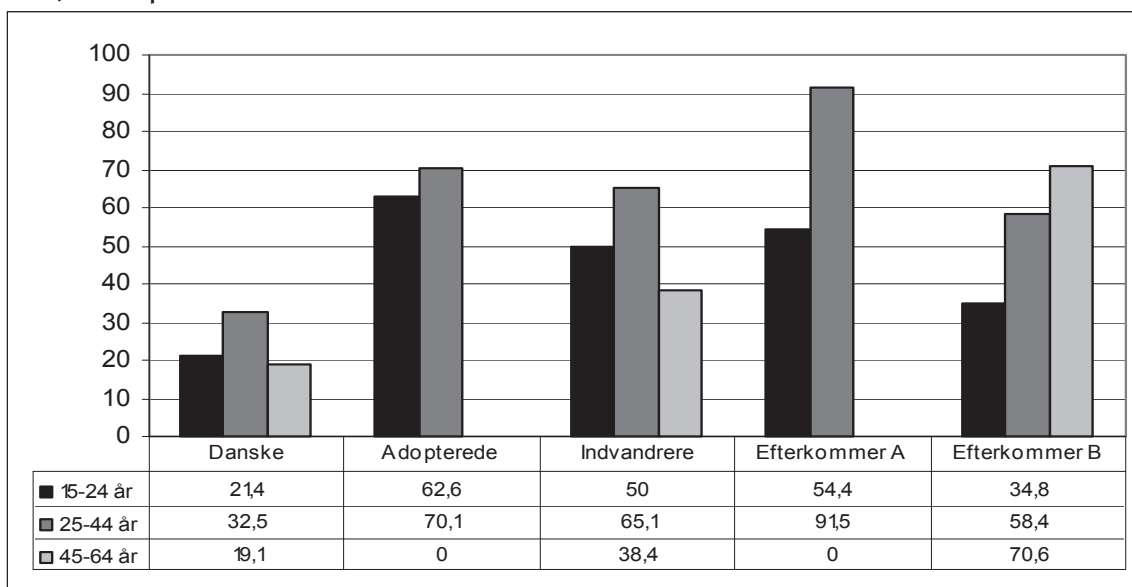
### Kontakthypighed i 2003

Som beskrevet er skizofreni den hyppigste årsag (prioriteret aktionsdiagnose) blandt mænd i de ikke-danske etniske grupper, mens misbrugsrelaterede lidelser er hyppigste blandt etnisk danske mænd. At vi her anvender de prioriterede diagnoser har naturligvis indflydelse på den relative fordeling af kontakter inden for aktionsdiagnoserne. Der er signifikante alders- og kønsforskelle i kontaktraterne ( $p < 0,001$ ) i de fem etniske grupper, både for mænd og kvinder (Figur 13.2.1 og 13.2.2). I alle etniske grupper bortset fra (15)18-24-årige indvandrerkvinder er kontaktraten højere end blandt etniske danske, og er op til knap tre gange højere blandt

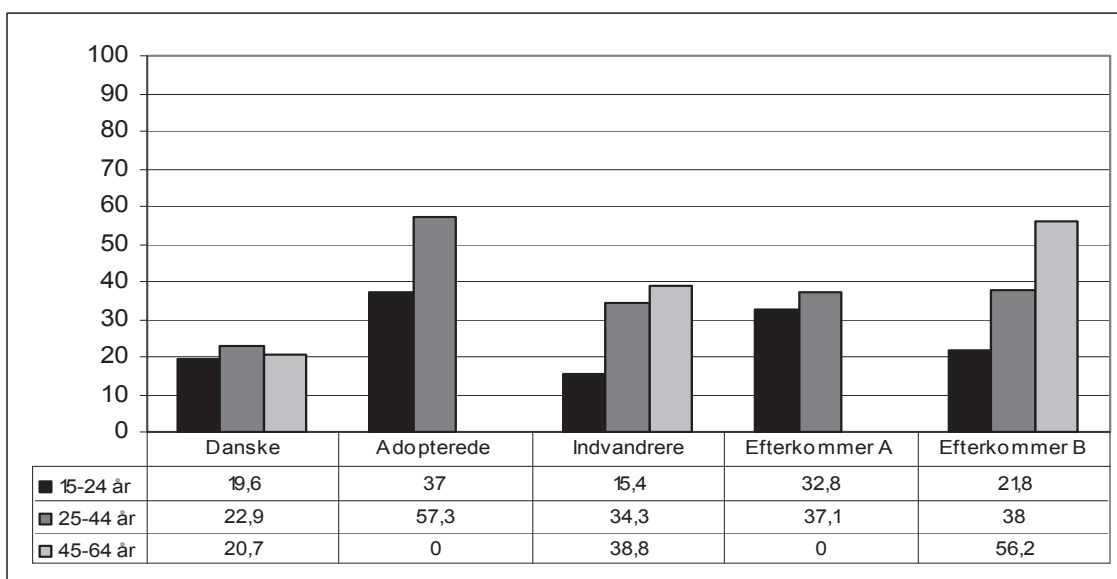
25-44-årige mandlige efterkommere B sammenlignet med jævnaldrende etnisk danske mænd. Data vedrørende den ældre alders-

gruppe er usikre, da der kun indgår få personer i de etniske minoritetsgrupper.

Figur 13.2.1. Kontaktrate for skizofreni blandt mænd i 2003, fordelt på aldersgrupper. Rate, antal pr. 10.000.



Figur 13.2.2. Kontaktrate for skizofreni blandt kvinder i 2003, fordelt på aldersgrupper. Rate, antal pr. 10.000.

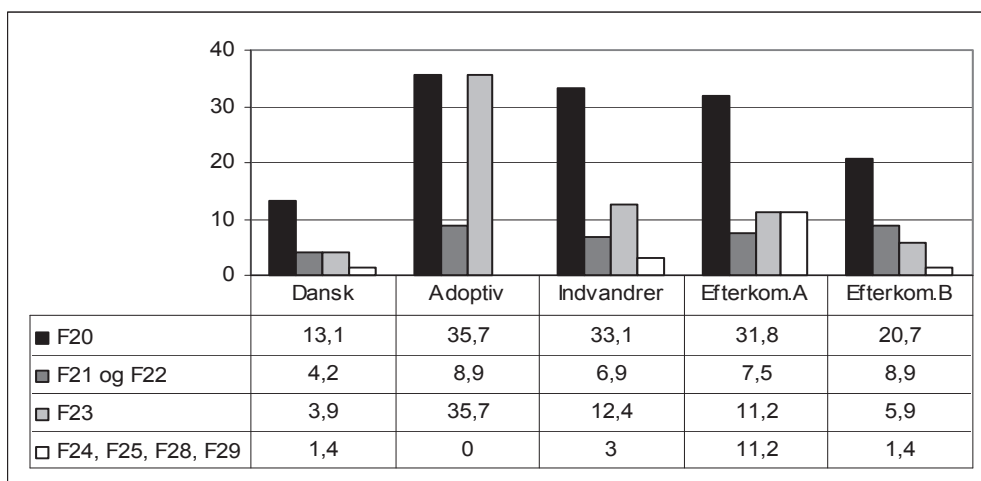


I de to følgende figurer, 13.2.3 og 13.2.4 vises kontaktraterne for fire undertyper af psykoser:

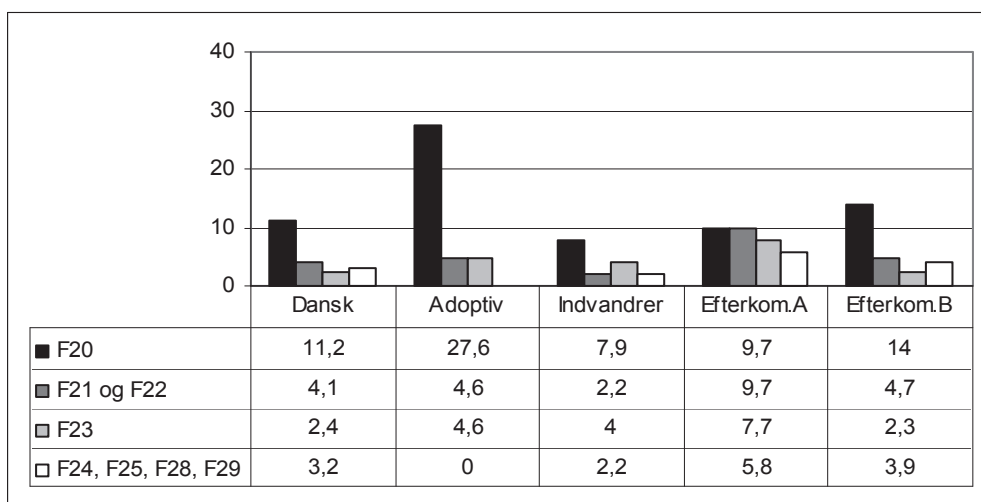
- F20: Skizofreni
- F21 og F22: Skizotypiske sindslidelser og paranoide kroniske psykoser
- F23: Akutte og forbigående psykoser
- F24, F25, F28 og F29: Induceret paranoid psykose, skizoaffektive psykoser og anden ikke organisk psykose

Figureerne viser kontaktraterne blandt (15)18-24-årige, som præsenterer den højeste rate blandt de tre aldersgrupper. Det er kun blandt etnisk danske og adopterede unge kvinder, at raten for skizofreni tilnærmer sig raten blandt mænd.

Figur 13.2.3 Rate for (15)18-24-årige mænd opdelt på undertyper af psykoser. Antal kontakter pr. 10.000 fordelt på etniske grupper.



Figur 13.2.4 Rate for (15)18-24-årige kvinder opdelt på undertyper af psykoser. Antal kontakter pr. 10.000 fordelt på etniske grupper.





Blandt mænd er der markante forskelle de etniske grupper i mellem. Adopterede, indvandrere og efterkommere A har de højeste rater af skizofreni (F20), og det er kun i

adoptiv-gruppen, at raten for akutte og forbigående psykoser (F23) har samme størrelsesorden som raten for skizofreni.

## Resultaterne relateret til andre studier

Den norske psykiater Ôdegaard beskrev i 1932 en øget forekomst af psykotiske tilstande blandt norske immigranter i USA sammenlignet med forekomsten i Norge (Ôdegaard 1932). Han forklarede den større prævalens ved selektiv migration af prædisponerede individer, men mente også, at den belastende situation ved at skulle tilpasse sig i et nyt miljø måtte have betydning.

En række senere studier af etniske forskelle i forekomst og manifestationsformer af psykoser har vurderet betydningen af selektion, genetiske faktorer, udsættelse for infektioner i modtagelandet og sociale faktorer omkring og efter immigration (Mortensen *et al.* 1997; Bhugra 2000; Cantor-Graae *et al.* 2003; Cantor-Graae & Selten 2005; Yang *et al.* 2005; Westergaard *et al.* 1999; Hjern *et al.* 2004b). Der er ingen afklaring vedrørende vægten af de enkelte risikofaktorer, og det påpeges, at der stadig er behov for at afklare en lang række metodeproblemer og for at vurdere betydningen af forskelle i adgangen til sundhedsydelse blandt indvandrere i forhold til den oprindelige befolkning.

En nylig meta-analyse baseret på 18 studier om skizofreni blandt immigranter, både første- og andengenerationsindvandrere, fandt en relativ risiko for udvikling af skizofreni hos førstegenerationsindvandrere på 2,7 og

for andengenerationsindvandrere på 4,5 sammenlignet med modtagerlandets etniske befolkning. I studier af både første- eller andengenerations-indvandrere og i studier, hvor man ikke skelnede mellem generationerne, var den relative risiko 2,9. Immigranter fra udviklingslande havde i forhold til immigranter fra udviklede lande en relativ risiko på 3,3, og sorte en relativ risiko på 4,8 i forhold til hvide (Cantor-Graae & Selten 2005).

Der er større risiko for at udvikle skizofreni for mænd end for kvinder, og der beskrives en større kønsforskel blandt indvandrergrupper end i baggrundsbefolkningen (Bhugra 2000; Selten & Sijben 1994). Men en række studier har rapporteret en større forekomst af førstegangstilfælde blandt ældre kvinder end blandt ældre mænd i visse kulturer (Bhugra *et al.* 1996).

Det diskuteres, hvorvidt der er kulturelt eller etnisk betingede forskelle i manifestationen af symptomer ved skizofreni, og om forskelle i tolkningen af psykiske symptomer i forskellige etniske grupper har betydning for de påviste etniske forskelle i registreringen af skizofreni. En amerikansk undersøgelse påviste en fire gange større risiko for, at en psykose blev tolket som en skizofreni blandt afroamerikanere sammenlignet med latinamerikanere (Blow *et al.* 2004). Andre undersøgelser har beskrevet, at affektive psy-

koser i visse kulturelle/etniske grupper hyppigere end i andre kulturer er ledsaget af hallucinationer og paranoide træk og derfor kategoriseres som skizofreni (Hutchinson & Haasen 2004), og andre studier har observeret, at en akut psykose oftere rubriceres som en skizofreni blandt patienter af anden etnisk oprindelse (Loring & Powell 1988). Samstemmende med disse studier viser nærværende undersøgelse en højere kontaktrate af akutte psykoser ud af alle kontakter for skizofrene lidelser blandt ikke-etnisk danske.

Sammenhænge mellem sociale og kulturelle forhold blandt immigranter og skizofreni er beskrevet i en række studier (Bhugra 2004b; Byrne *et al.* 2004; Cantor-Graae & Selten 2005) (Hjern *et al.* 2004). Gruppen af etniske minoriteter i Danmark er i forhold til resten af befolkningen i mange henseender socialt marginaliserede, både på arbejdsmarkedet, mht. til indkomstniveau, i forhold til det generelle uddannelsesniveau og på boligområdet. En forholdsvis stor del af den etniske minoritetsbefolkning har desuden oplevet at blive diskrimineret på arbejdsmarkedet eller i fritiden og har en højere kriminalitetsrate (Dahl 2005), dvs. de er udsatte for en række af de faktorer, der øger risikoen for at udvikle skizofreni .

Siden midten af 1960'erne har en række studier påvist en sammenhæng mellem skizofreni og lav socioøkonomisk status. Enlige mænd i laveste socialgruppe er beskrevet at

have en fire gange større risiko for at udvikle skizofreni end mænd i højeste socialklasse, og synes også at have en dårligere prognose, større hyppighed af tvangsindlæggelser og længere indlæggelsestid (Cooper 2005b). Men andre studier finder snarere, at sammenhænge mellem sociale faktorer og skizofreni skyldes, at skizofreni i sig selv medfører sociale problemer (Goldberg & Morrison 1963).

Et svensk studie har samstemmende med resultaterne i nærværende undersøgelse påvist en dobbelt så høj hyppighed af skizofreni i alle ikke-vestlige immigrantgrupper sammenlignet med etnisk svenske, men ved justering for socioøkonomiske faktorer udlignedes forskellene (Hjern *et al.* 2004).

Der er i flere studier påvist en sammenhæng mellem skizofreniforekomsten og urbaniseringsgrad (Pedersen & Mortensen 2001). De udslagsgivende faktorer herfor er ikke identificerede, og det er uvist, hvorvidt disse faktorer har særlig betydning for indvandrere. Mange indvandrere emigrerer fra landområder og bosætter sig i byområder i det nye land, og de kan være i særlig risiko for social isolation, som muligvis er en risikofaktor for at udvikle paranoide tilstande (Cantor-Graae & Selten 2005).

Nogle studier beskriver, at social modgang i barndommen øger risikoen for at udvikle skizofreni i ungdommen eller senere (Wicks

*et al.* 2005) (Hjern *et al.* 2004; Read *et al.* 2005). Den højere hyppighed blandt sorte og afrocaribianske indvandrere forklares med særlige psykosociale miljøfaktorer i hjemlandet (Cooper 2005a). Men samme undersøgelse konkluderer også, at sociale belastninger hverken er en tilstrækkelig eller en nødvendig faktor for udviklingen af skizofreni, men kan øge sandsynligheden for at udvikle skizofreni hos disponerede individer.

Et studie af skizofreniforekomsten blandt indvandrere i Sverige påviste ingen sammenhæng mellem traumatiske oplevelser før immigrationen, fx i form af frihedsberøvelse eller vold, og en senere udvikling af skizofreni (Zolkowska *et al.* 2001).

De fleste undersøgelser beskriver sammenhæng med nærværende undersøgelse en større forekomst af skizofreni blandt andengenerationsindvandrere i forhold til førstegenerationsindvandrere, og forklarer dette ud fra en teori om 'socialt nederlag'. Andengenerationsindvandrere er i højere grad bikulturelle og udsættes formentlig i større grad for kulturelle konflikter i deres nærmiljø. De kan være belastede af en dobbelt identitet og kan føle sig uden for deres forældres kultur og ikke accepteret af den dominerende kultur, hvilket beskrives at kunne føre til en forvirret tilstand og disponerer til udviklingen af psykoser (Bhugra & Bhui 1998). Omvendt er det påvist, at 'social beskyttelse' eller god social kapital i form af et stærkt familienetværk og det at være med-

lem af en stor/dominerende minoritetsgruppe nedsætter risikoen for skizofreni (Boydell *et al.* 2001). Tab af socialt netværk og race-mæssig diskrimination, kan antages at influere på en genetisk bestemt risiko for at udvikle psykose.

I en svensk undersøgelse er det påvist, at både adoptivbørn og indvandrergruppen har en øget risiko for at udvikle skizofreni i forhold til baggrundsbefolkningen, og at risikoen stiger med barnets alder ved ankomsten til modtagerlandet. Det tyder på, at faktorer i den tidlige barndom, så som psykisk isolation og manglende stimulation ved ophold i børneinstitutioner, har betydning (Hjern *et al.* 2002).

Et dansk studie har påvist, at der også er en øget risiko for at udvikle skizofreni blandt personer, der er født af danskfødte forældre, og som i en periode i deres barndom har boet i udlandet, og som i præpubertetsalderen er vendt tilbage til Danmark. Det indikerer, at selve det at migrere, dvs. opbrud fra tilvante forhold, måske er en vigtigere komponent end etnicitet/fremmed baggrund (Cantor-Graae *et al.* 2003).

Der er evidens for, at der indgår en genetisk komponent i skizofreni, og at der formentlig er flere forskellige gener, som i samspil med miljøfaktorer øger risikoen for udvikling af skizofreni. Allerede i 1962 blev der i Danmark igangsat en forløbsundersøgelse om sammenhænge mellem arv, miljø og

skizofreni (Mednick & Schulsinger 1964; Jørgensen et al. 1987). Undersøgelsen var blandt andet baseret på efterundersøgelser af børn, der var adopteret fra danske mødre til danske familier. Studiet omfattede 207 børn af mødre med skizofreni diagnose og 104 personer i lav risiko for at udvikle skizofreni. Godt og vel 90% af disse personer er fulgt over minimum 25 år. I 1987 rapporterede forskergruppen, at familiær forekomst af skizofreni, fødselsskader og ustabil familiestruktur samt opvækst på børnehjem var relateret til en øget risiko for at udvikle skizofreni (Mednick et al. 1987).

I overensstemmelse hermed har senere undersøgelser påvist en arvelighed, dvs. familiær forekomst af skizofreni (Harrison & Owen 2003). Et svensk studie (Hjern *et al.* 2004) har rapporteret en forøget risiko i *alle* grupper af unge, hvis én forældre havde haft en psykosediagnose.

Et andet studie fandt en større risiko for at udvikle skizofreni blandt førstegradsslætninge til indvandrere, der havde fået diagnosticeret skizofreni, end for andre befolkningsgrupper (Selten & Sijben 1994). Flere studier peger på, at risikoen er *endnu* højere for slætninge til andengenerations- end til førstegenerationsindvandrere (Sugarman & Craufurd 1994). Det kunne tyde på, at forskellige faktorer fremprovokerer sygdommen hos dem, der er genetisk disponerede.

Men i modsætning hertil har en dansk undersøgelse påvist, at der er en lavere risiko for at andengenerationsindvandrere, hvis forældre er psykisk syge, udvikler skizofreni sammenlignet med dem, hvis forældre ikke er syge (Cantor-Graae *et al.* 2003).

Der er teorier om, at indvandrere i modtagerlandet udsættes for en række infektionssygdomme, som ikke forekommer i deres eget land, og at de derfor er særligt sårbare for infektioner, der kan disponere for udviklingen af skizofreni (Eagles 1991; Harrison 1990). Men der er ved undersøgelser af særlige infektionssygdomme, som fx influenza, ikke fundet nogen sammenhæng mellem skizofreni og særlig udsættelse blandt indvandrere (Westergaard *et al.* 1999).

Det er en klinisk erfaring, at cannabis kan udløse psykotiske symptomer, der ikke kan skelnes fra symptomerne ved skizofreni. Der er i et par kohorteundersøgelser som et konsistent fund påvist en øget risiko for senere udvikling af psykose/skizofreni blandt personer, der har brugt cannabis i ungdommen. Sammenhængen er ikke stærk, men der er en akkumuleret effekt af langvarigt forbrug, og det antages, at genetiske faktorer har betydning for det enkelte individs følsomhed over for cannabis (Nordentoft 2006).

### *13.3 Depressioner – bipolare lidelser, affektive lidelser*

Affektive sindslidelser er tilstande, hvor den grundliggende forstyrrelse viser sig som en forandring af stemningslejet enten som en forsænkning ved en depression, der ofte kan være ledsaget af angstsymptomer, eller en opstemthed, en manisk tilstand. De affektive lidelser er karakteriseret ved, at deres forløb typisk er episodisk. Ofte vil en episode kunne sættes i forbindelse med belastende begivenheder eller situationer.

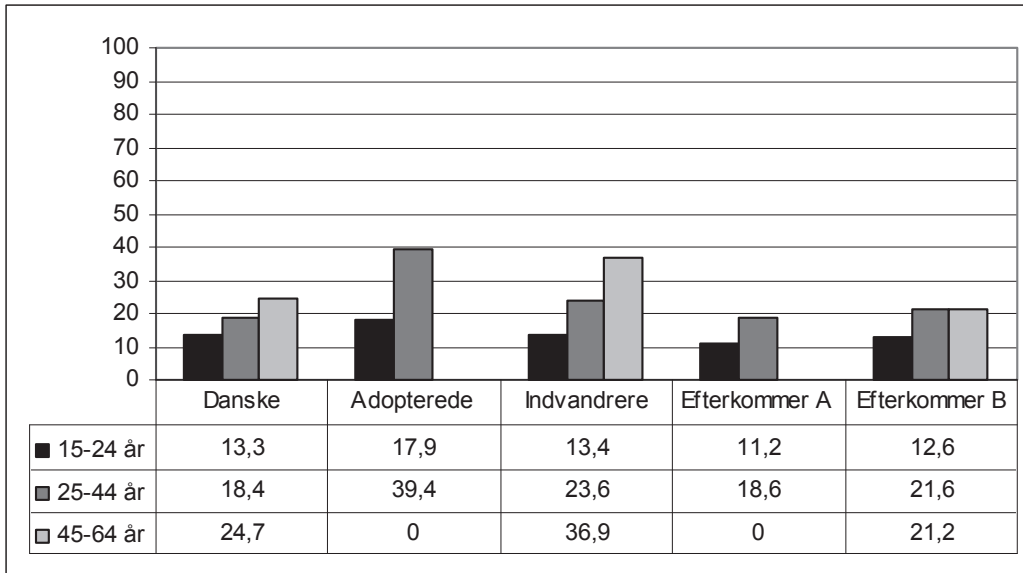
Depressive episoder er karakteriseret ved, at deres kernesymptomer er et forsænket stemningsleje, nedsat energi og nedsat aktivitetsniveau og lyst. De opdeles efter sværhedsgrad i lettere, moderate og svære grader, hvor den svære depression kan være ledsaget af psykotiske symptomer. Visse depressive lidelser udviser et melankoliformt - også beskrevet som "somatisk" -

præg med bl.a. tidlig morgenopvågning, appetitløshed, væggtab, og nedsat libido.

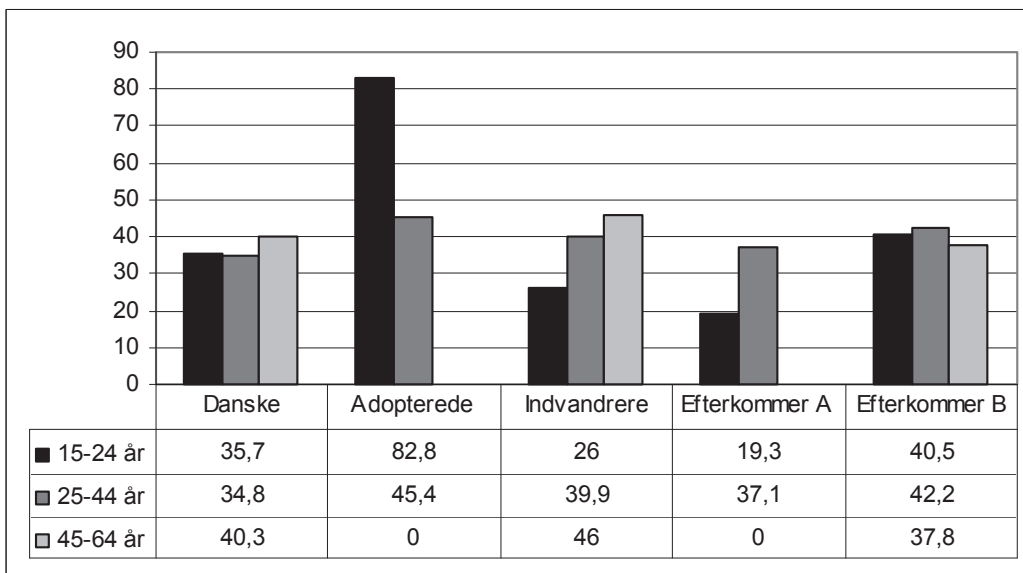
Depression forekommer i alle kulturer og symptomerne er gennemgående ens, men der er betydelige forskelle i forekomsten. Kultur har dog en indvirkning på, hvorledes den depressive adfærd viser sig, og blandt patienter fra ikke-industrialiserede lande fremhæves ofte somatiske i forhold til psykiske symptomer.

I nedenstående figurer 13.3.1 og 13.3.2 er alle affektive lidelser analyseret under et. Der er markante køns- og aldersmæssige forskelle i hyppigheden ( $p < 0,001$ ). Kvinder har som tidligere anført en langt højere rate end mænd, og blandt kvinder er den højeste rate blandt unge adopterede.

Figur 13.3.1 Kontaktrate for bipolare lidelser blandt mænd, fordelt på etniske grupper.  
Antal pr. 10.000 i 2003



Figur 13.3.2 Kontaktrate for bipolare lidelser blandt kvinder, fordelt på etniske grupper.  
Antal pr. 10.000 i 2003



## Resultaterne relateret til andre studier

Sammenlignet med den store mængde af studier om sammenhænge mellem migration og skizofreni er der relativt få undersøgelser, der specifikt har analyseret migration, etnicitet og affektive lidelser, herunder depression.

Bhugra (2003) beskriver, at sammenhænge mellem migration og depression ikke er så åbenbare som for andre typer af psykiske forstyrrelser. Han påpeger, at forekomsten og graden af depression afhænger af migrationsstatus og finder ved en gennemgang af tidligere studier, at personer der har tilpasset sig til det nye kulturmønster (acculturerede) tilsyneladende oftere rapporterer depression end utilpassede personer. En forklaring herpå kan være, at mange ældre ikke oplever depression som en sygdom, der kan/skal behandles, og at det måske især gælder for indvandrere, som ikke er fortrolige med det nye samfund (Marwaha & Livingston 2002).

I Holland rapporteres der en høj forekomst af depression blandt ældre indvandrere fra Marokko og Tyrkiet og en øget overvægt blandt kvinder, sammenlignet med etniske hollændere (van der Wurff et al. 2004).

En række studier af indvandrere i USA finder betydelige forskelle i forekomsten af depression inden for samme etniske grupper (hispanics) og konkluderer, at depression er

relateret til integration, socio-økonomisk status og kulturel tilpasning (Oquendo et al. 2001; Dunlop et al. 2003). Baggrunden for migrationen, specielt oplevelser under væbnede konflikter, graden af integration i det nye samfund og misbrug beskrives som afgørende faktorer for udviklingen af depression blandt indvandrere (Bhui et al. 2003).

Et studie af koreanske indvandrere i Canada finder en sammenhæng mellem depression og individuel evne til at modstå (cope) racisme (Noh & Kaspar 2003). Tilsvarende har et svensk studie af Kosovo flygtninge peget på, at en manglende oplevelse af meningsfuldhed (sense of coherence) har betydning for udviklingen af depression. Studiet påviser, at graden af depression steg mere blandt de flygtninge, der efter 18 måneder stadigvæk befandt sig i Sverige, sammenlignet med de flygtninge, der var vendt tilbage til Kosovo, men at det formentlig også er de mest ressourcestærke, der tager tidligt tilbage (Roth & Ekblad 2006).

I Danmark blev der i 1960erne etableret en kohorte af adoptivbørn mhp at analysere betydningen af arv over for miljø som risiko for at udvikle psykisk sygdom (Mednick et al. 1964; Jørgensen et al. 1987). Studierne har haft fokus på skizofreni, men har også inkluderet analyser af unipolare affektive lidelser. Wender et al. (1986) har rapporteret en otte gange større risiko for udviklingen af



depression blandt adopterede, hvis biologiske forældre havde været indlagt for en depression, sammenlignet med adopterede uden denne familiære disposition.

Svenske studier af adoptivbørn fra andre lande end Sverige har påvist en knap fire gange større risiko for selvmordshandlinger og psykiske lidelser blandt adopterede sammenlignet med ikke adopterede (Hjern et al. 2002). I en forløbsundersøgelse blandt unge i USA indgik der 214 adoptivbørn og 6.363 ikke adopterede. Forekomsten af selvmordshandlinger og depressioner var næsten dobbelt så høj blandt de adopterede og det konkluderedes, at adoption er en uafhængig risikofaktor for psykiske lidelser (Slap et al. 2001).

Sammenfattende er resultaterne i nærværende undersøgelse i overensstemmelse med de relativt få studier af etnicitet og affektive lidelser. Adoption synes i sig selv at være en risikofaktor for depressive symptomer og for selvmordshandlinger.

Mangelfuld integration i det nye samfund, oplevelsen af meningsløshed og psykosociale problemer har formentlig betydning for udviklingen af depression. Genetiske faktorer har også betydning for risikoen for unipolare affektive lidelser, men nærværende undersøgelse kan ikke vurdere, hvorvidt denne faktor har betydning for den påviste relative høje forekomst af affektive lidelser blandt efterkommere. Det er mere nærliggende at antage, at mangelfuld tilpasning til samfundet (akkulturation) og psykosociale problemer har betydning.

### **13.4 Nervøse, stressrelaterede lidelser**

Denne gruppe sygdomme omfatter en række ikke-psykotiske lidelser. Det er først og fremmest tilstande præget af angst, enten i form af en generaliseret angst, eller angstoplevelser i forskellige veldefinerede situationer, såsom sociale situationer, færden alene uden for hjemmet, over for særlige genstande mv. Angstsymptomerne kan være ledsaget af panikanfald.

Gruppen omfatter tillige obsessive-kompulsive tilstande, som er karakteriseret ved tilbagevendende tvangstanker eller tvangshandlinger, dvs. dissociative tilstande karakteriseret ved delvist eller fuldstændigt tab af den normale integration mellem erindring, identitetsbevidsthed, sanseoplevelser og beherskelsen af den legemlige motorik.

Den omfatter også lidelser, der er karakteriseret ved tilbagevendende somatoforme tilstande med ofte skiftende fysiske symptomer, som kan medføre en gentagne diag-

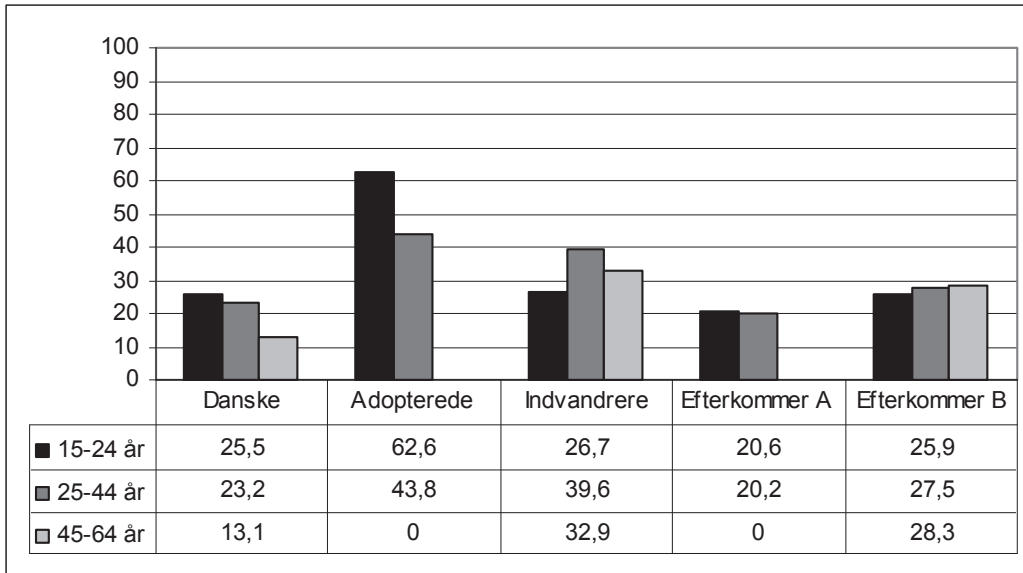
nostiske undersøgelser på trods af tidligere negative fund.

Symptomerne kan både være fordøjelsesrelaterede, hjerterelaterede, hudkløe mm og smertesymptomer.

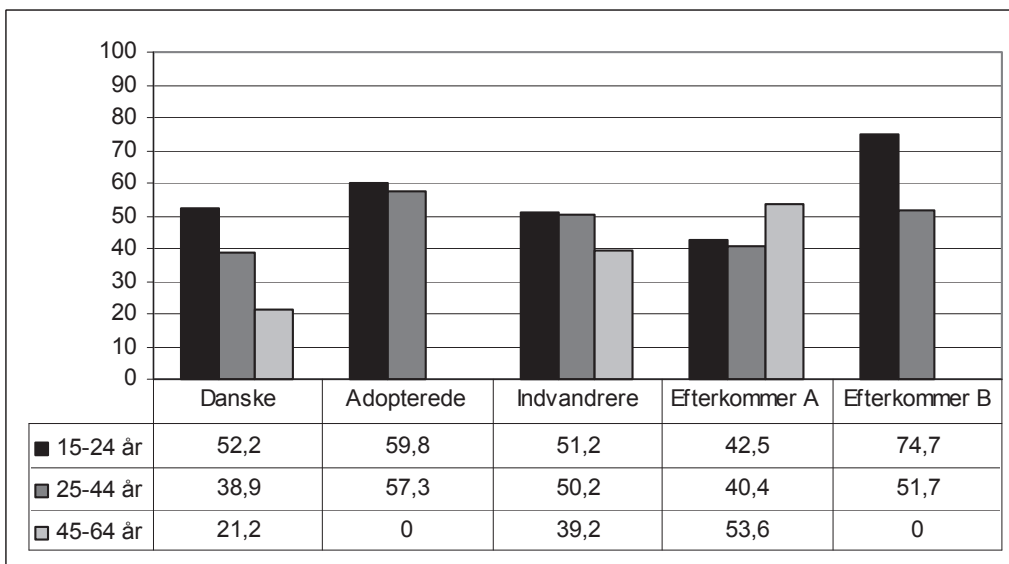
Figur 13.4.1 og Figur 13.4.2. viser, at der for alle etniske grupper og i alle aldre er en hyppigere rate for nervøse lidelser blandt kvinder. Kønsforskellene i hyppighed er især udtalt blandt yngre etnisk danskere og efterkommere, mens der er mindre kønsforskelle blandt de øvrige etniske grupper. Den højeste hyppighed ses blandt (15)18-24-årige kvinder i efterkommergruppe B og adopterede kvinder. Forskelle mellem etniske og aldersgrupper er signifikante ( $p < 0,001$ ).

Blandt mænd er der ligeledes signifikante forskelle i raterne de etniske grupper i mellem og mellem aldersgrupperne ( $p < 0,001$ ).

Figur 13.4.1. Rate for nervøse lidelser blandt mænd, antal kontakter pr. 10.000 i 2003, fordelt på etniske gruppe og alder



Figur 13.4.2 Rate for nervøse lidelser blandt kvinder, antal kontakter pr. 10.000 i 2003, fordelt på alder og etnisk gruppe



Nervøse lidelser udgør et betydeligt helbredsproblem, og op mod 1/3 af alt sygefravær pga. psykiske problemer tilskrives angstlidelser. I Europa estimeres antallet af personer med angstlidelser at udgøre 41,4 millioner, og 1 års prævalensen udgør 12% af EUs voksne befolkning (Andlin-Sobocki et al. 2005). Undersøgelser blandt patienter hos almen praktiserende læger viser også, at generaliserede angstlidelser er hyppige og forekommer på tværs af kultur, men lidelserne medfører relativt sjældent sygehusindlæggelse (Tseng 2001).

Herværende undersøgelse bekræfter resultaterne fra andre epidemiologiske undersøgelser, at det i høj grad er kvinder, der søger behandling pga. nervøse forstyrrelser, men også at forekomsten er højst blandt yngre kvinder (Tseng 2001).

I en tidligere dansk undersøgelse blandt 9. klasses elever er det påvist, at piger med indvandrerbaggrund rapporterer flere nervøse klager og mener sig i mindre grad i stand til at kunne gøre noget ved egen situation sammenlignet med en tilsvarende gruppe af unge danske piger (Bennedsen et al. 2006).

Der er betydelig fokus på udadreagerende adfærd og kriminalitetsrisiko blandt yngre mænd med indvandrerbaggrund, hvorimod den hyppige tilstedeværelse af nervøse for-

styrrelser blandt unge kvinder af anden etnisk herkomst hidtil har været utilstrækkeligt belyst.

### **PTSD**

En særlig gruppe nervøse lidelser er belastningsreaktioner, herunder PTSD (posttraumatisk belastningsreaktion). I Danmark har PTSD (F 43.1) siden 1994 været diagnostisk afgrænset, jf. WHO's 10. Internationale Sygdomsklassifikation (ICD-10).

PTSD adskiller sig fra de andre nervøse lidelser ikke blot ved symptomerne, men også ved tilstedeværelsen af en forudgående exceptionel traumatiserende begivenhed eller en betydende livsændring, som medfører en længerevarende belastning. Ved PTSD er der tale om en forudgående begivenhed af en sværhedsgrad, der vil medføre en kraftig påvirkning hos praktisk talt enhver. Men prædisponerende faktorer som særlige personlighedstræk kan påvirke tærsklen for at udvikle PTSD, men er ikke tilstrækkelige til at forklare dets opståen.

PTSD er i Danmark særlig hyppig blandt mennesker, der er kommet hertil som flygtninge med en baggrund præget af forfølgelse, vold, evt. tortur.

Tilstanden er karakteriseret ved tilbagevendende genoplevelser af traumatet, de såkaldte flashbacks, et voldsomt ubehag ved at udsættes for situationer, der minder om trau-

met, hvorfor sådanne situationer forsøges undgået. Der ses ofte søvnforstyrrelser, kognitive forstyrrelser, irritabilitet, og et øget alarmberedskab. Tilstanden har et fluktuerende forløb og kan hos visse personer antage et kronisk forløb. Tilstanden er yderligere karakteriseret ved en betydelig sammenfaldende sygelighed med depression og angsttilstande. Fra et klinisk synspunkt er PTSD en meningsfuld diagnose, og et argument, der taler for det universelle i PTSD, er et tiltagende antal forskningsresultater om neurobiologiske forandringer hos patienter med PTSD.

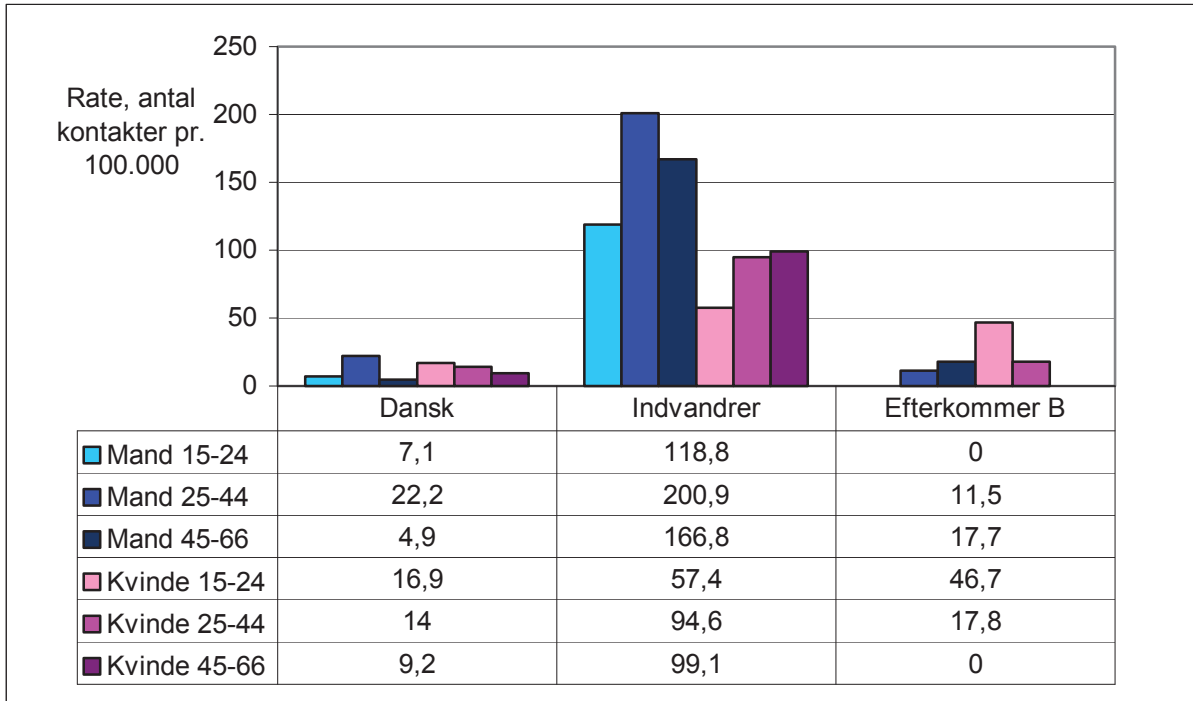
Figur 13.4,3 viser, at indvandrergruppen har langt større antal kontakter pga. PTSD end danskere. Blandt indvandrere har mænd i alle aldre en højere rate end kvinder, størst rate er at finde blandt mænd med indvandrerbaggrund i alderen 25-44. Kønsratio er relativt større, hvad angår antallet af kontak-

ter, især blandt indvandrere, hvor kvinderne har ca.  $\frac{1}{2}$  gange så stor hyppighed.

Flygtninge er omfattet af indvandrergruppen. Udfra den aktuelle undersøgelse er det ikke muligt at udsige noget om, hvor hyppigt flygtninge kontakter sundhedsvæsenet pga. PTSD, dels kan personer, der ikke har et CPR-nummer, dvs. asylansøgere mm, ikke identificeres på etnicitet i sundhedsregistre, dels giver de tilgængelige data i Danmarks Statistik ikke oplysning om baggrunden for indvandring, dvs. flygtninge kan ikke adskilles fra familiesammenførte mm.

Blandt efterkommere B har de unge kvinder den højeste hyppighed, omtrent så høj som blandt indvandrerkvinder. I de øvrige etniske minoritetsgrupper forekommer der kun enkelte kontakter pga. PTSD, og hyppigheden blandt danske er 2 pr. 10.000 eller lavere.

Figur 13,4,3 Antal kontakter med PTSD fordelt på danske, indvandrere og efterkommere B, køn og alder per 100.000



## Resultaterne relateret til andre undersøgelser

Migration er påvirket af et samspil af en række samspillende faktorer (Bhugra & Becker 2005). Inden migrationen vil en række ydre forhold påvirke personens beslutning om at migrere og samtidig vil personens mentale tilstand have betydning for beslutningen. Der er tale om psykologisk, social og biologisk sårbarhed; politiske forhold i hjemlandet; uddannelse og familiære forhold.

En betydelig del af indvandrere i Danmark – og naturligvis især flygtningegruppen - bærer på traumatiske oplevelser i form af forfølgelse, diskrimination, krigsoplevelser og/eller tortur fra hjemlandet. Traumatisk betingede følgetilstande er hyppige, da langvarig psykisk belastning kan føre til psykiske problemer også hos tidligere raske individer, og på en række områder er disse tilstande sammenlignelige på tværs af kulturer.

Gennem de senere år har der været stigende opmærksomhed på betydningen af forhold omkring indvandringen, herunder forhold i asylfasen og dennes varighed, på forekomsten af PTSD og angst (Silove et al 1997).

Migrationsprocessen gennemløber karakteristisk flere faser, og tiden efter migrationen vil ofte være præget af talrige tab (af familie, sprog, værdier, socialt netværk); usikkerhed

for fremtiden; sociale, arbejdsmæssige og økonomiske problemer; sproglig isolation og diskrimination. Disse forhold i eksillandet er medvirkende til de psykiske problemer, der iagttages blandt indvandrere.

Flygtningegruppen er særlig belastet, dels pga de begivenheder, der førte til flugten, dels den usikkerhed, der meget ofte karakteriserer asylperioden, og dels de særlige tab denne gruppe er udsat for. Antallet af traumatiske begivenheder har vist sig at være en væsentlig prædikator for udvikling af depressive symptomer og angstsymptomer selv mere end 5 år efter migrationen (Chung & Kagawa-Singer 1993), og sammenhængen mellem traume og PTSD er stærkere end mellem traume og depression, mens postmigratoriske faktorer især synes at have betydning for udvikling af depression (Gorst-Unsworth & Goldberg 1998).

Den prædiktive betydning af postmigratoriske faktorer - som vanskeligheder vedrørende etablering af sociale relationer og mestring af sprog - for flygtninges psykiske lidelser synes at øges over tid (Beiser & Hou 2001; Hermansson *et al.* 2002; Hinton *et al.* 1997).

Nærværende undersøgelse har imidlertid ikke haft som formål at kaste lys over flygtningegruppens særlige problemer og psykiske lidelser, hvortil kommer, at der i data

ikke indgår oplysninger om baggrunden for indvandring. Men de markante forskelle i forekomsten af PTSD blandt indvandrere i forhold til de øvrige etniske grupper taler for, at en betydelig andel af denne gruppe rummer flygtninge.

At udvikle posttraumatiske belastningstilstande er det dog ikke forbeholdt flygtninge. Diagnosen PTSD eller posttraumatisk stressforstyrrelse, der har eksisteret som en diagnostisk enhed siden 1980, fremkom netop som et forsøg på at forene forskellige stress response syndromer i en diagnostisk kategori ud fra en forudsætning om, at forskellige traumatiske oplevelser har fælles psykopatologiske profiler. Men sammenligninger af traumatiserede befolkningsgrupper fra forskellige kulturer viser dog betydelige variationer i forekomsten af PTSD fra 9% blandt uselekterede vietnamesiske flygtninge i Norge til 86% blandt cambodianske flygtninge i USA (Andersen 1998). Disse variationer skyldes bl.a. metodologiske og begrebsmæssige problemer og problemer vedrørende afgrænsning af populationen.

Disse metodologiske problemer har vanskeliggjort valide undersøgelser af hyppigheden af PTSD blandt udvalgte indvandrergrupper. Det antages dog, at efter udsættelse for et signifikant traume vil mellem 20 til 45 % af uforberedte personer på et senere tidspunkt udvikle en PTSD tilstand (Andersen 1998).

Mænd og kvinder har formentlig den samme livstidsrisici for at blive udsat for traumatiske livsbegivenheder, men oplever typisk forskellige typer af traumer. I følge The International Society for Traumatic Stress Studies (2000) har kvinder en dobbelt så høj livstidsprævalens for PTSD som mænd, idet risikoen for at udvikle PTSD efter et traume synes at være større for kvinder end for mænd. Undersøgelser af Holocaust overlevende har således vist, at kvinder signifikant oftere viser psykologiske stresstejn (85%) mod mænds 65% (Carmil & Carel 1986). Der er rapporteret en høj forekomst af PTSD blandt Kosovar flygtninge i USA og en højere score blandt kvinder (Ai et al 2002). Der er ligeledes blandt tamilske flygtninge rapporteret en højere PTSD forekomst blandt kvinder end blandt mænd (Reppesgaard 1997).

Forskning om kønnets betydning for udvikling af senfølger efter svære traumer har tenderet til at fokusere på individuel sårbarhed og kun i mindre grad gjort opmærksom på de meget forskellige situationer, som mænd og kvinder lever under som flygtninge. Kvinder vil typisk have ansvar for børn og ældre og vil ofte ikke have mulighed for at få tilgodeset egne behov, ligesom de ofte vil have været de sidste til at få adgang til forsyninger og medicinsk hjælp i flygtningelejre (Kastrup & Arcel 2004).



I modtagerlandene vil det også ofte være mænd, der først kommer til behandling på de særlige traumebehandlingssteder, idet de overgreb, som de har været udsat for oftere er fængsling, tortur, krigsskader, mens kvinderne typisk har været udsat for af seksuelle overgreb, som de ikke rapporterer til andre.

Hvordan PTSD udvikler sig, er afhængig af forskelle i mestringsstrategier, alder, politisk/ideologisk tilhørsforhold og kvaliteten af omgivelsernes støtte. Det er langt fra alle, der svarer bekræftende på tilstedeværelsen af psykiske problemer i flygtningelejre, som også giver udtryk for, at de har et behandlingsbehov. Derfor har kritiske røster understreget, at der bør fokuseres mere på personernes evne til mestring end på den blotte tilstedeværelse af symptomer.

Behandling af PTSD er i Danmark kun i begrænset omfang blevet en opgave for det psykiatriske behandlingssystem, idet denne patientgruppe på trods af betydelige indskrænkninger i funktionsniveau ikke betrag-

tes at tilhøre psykiatriens målgruppe. Der er derfor gennem årene uden for det offentlige sundhedsvæsen blevet etableret flere behandlingssteder, der er særlig målrettet traumatiserede indvandrere med psykosociale problemer. Men disse behandlingssteder er nu i stort omfang under sygehusloven.

Herværende undersøgelse omfatter kun en vis andel af de traumatiserede flygtninge, nemlig dem, der har været henvist til det psykiatriske behandlingssystem, og som man må formode har haft særlig alvorlige symptomer. De observerede rater giver derfor ikke et validt billede af de PTSD relaterede problemers omfang i Danmark. Det kan antages, at et mindre antal personer med PTSD har været i behandling på de omtalte traumebehandlingsinstitutioner, hvis samlede kapacitet er begrænset, og et ukendt antal indvandrere med behandlingskrævende PTSD relaterede problemer har ikke modtaget nogen specialistbehandling.

### 13.5 Personlighedsforstyrrelser

Personlighedstræk karakteriserer, hvordan individer opfatter og forholder sig til deres omgivelser, og hvordan de reflekterer om sig selv. Personlighedstræk manifesterer sig både i sociale og personlige kontekster. Et individs personlighed omfatter de emotionelle og intellektuelle træk, der karakteriserer personen. Når disse karakteristika bliver utilpassede og rigide, medfører det indre distress, og der tales om personlighedsforstyrrelser.

I følge WHO's sygdomsklassifikation, ICD 10, skelnes der mellem otte forskellige typer af personlighedsforstyrrelser, der inddeles i tre hovedkategorier:

Til den første hovedkategori – *isolerede og excentriske personlighedstyper* – hører paranoide og skizoide typer. Paranoide typer er præget af overfølsomhed, mistro, stridbarhed, selvhenførelse og tendens til at bære nag. Skizoide typer er derimod kølige, afstandstagende, introspektive, emotionelt afladet og ensomhedssøgende.

Til hovedkategori to – *emotionelt prægede personer, som tilpasser sig ved at ændre omgivelserne i forhold til deres egne præmisser* – hører dyssociale, borderline og histrioniske typer. Dyssociale typer er præget af manglende empati og respekt for andre, er ofte udadprojicerende og har lave frustrations- og aggressionstærskler. Borderlinety-

per er ustabile i selvopfattelsen og har flagrende interpersonelle relationer og springende adfærd, mens histrioniske typer er karakteriseret ved overdrevne emotioner og tendens til opmærksomhedssøgende adfærd.

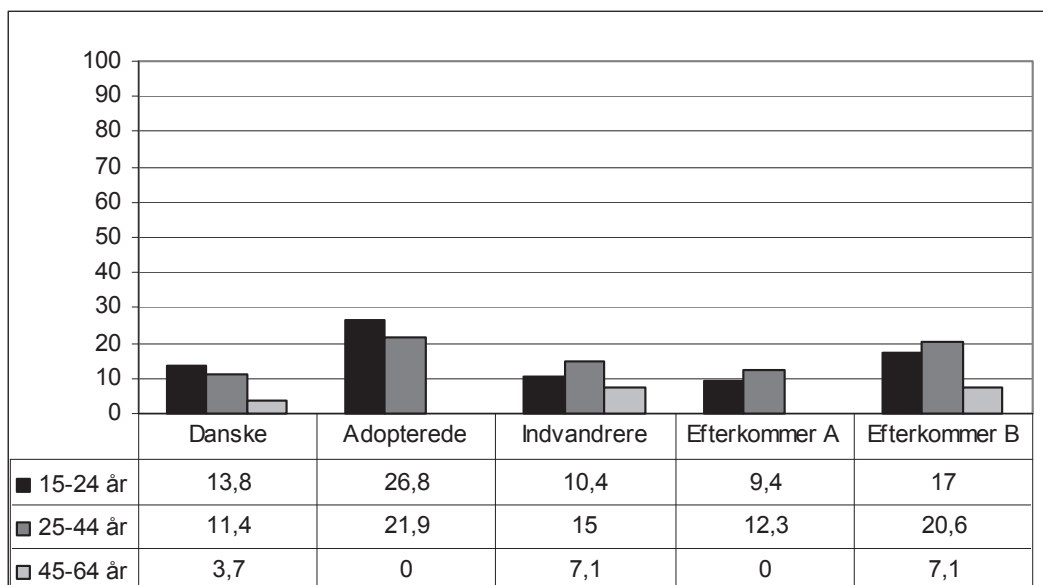
Den tredje hovedkategori af personlighedsforstyrrelser – *ængstelige, afhængige og tvangsprægede personer* – vil som oftest forsøge at tilpasse sig til omgivelserne og er ofte perfektionistiske og selvbebrejdende. Til kategorien hører de ængstelige typer, der er angstprægede, har manglende selvtillid og selvværd og begrænset livsudfoldelse. Ligeledes findes de tvangsprægede typer, der er ambivalente, ubeslutsomme, pedantiske og rigide, mens de dependente (afhængige) typer tenderer mod at underkaste sig andre, være hjælpeløse og bange for ikke at blive accepterede.

Den aktuelle undersøgelse viser, at kvinder væsentligt hyppigere end mænd opsøger de psykiatriske tilbud i forbindelse med personlighedsforstyrrelser (tabellerne 13.5.1 og 13.5.2). Mønstret med den højere kontaktrate for kvinder genfindes i alle fem etnicitetsgrupper. Særligt høje rater findes hos efterkommere B og adopterede såvel som hos de danske kvinder. Selvom indvandrerkvinder og efterkommer A-kvinder har betydelig færre kontakter end deres kvindelige medpati-

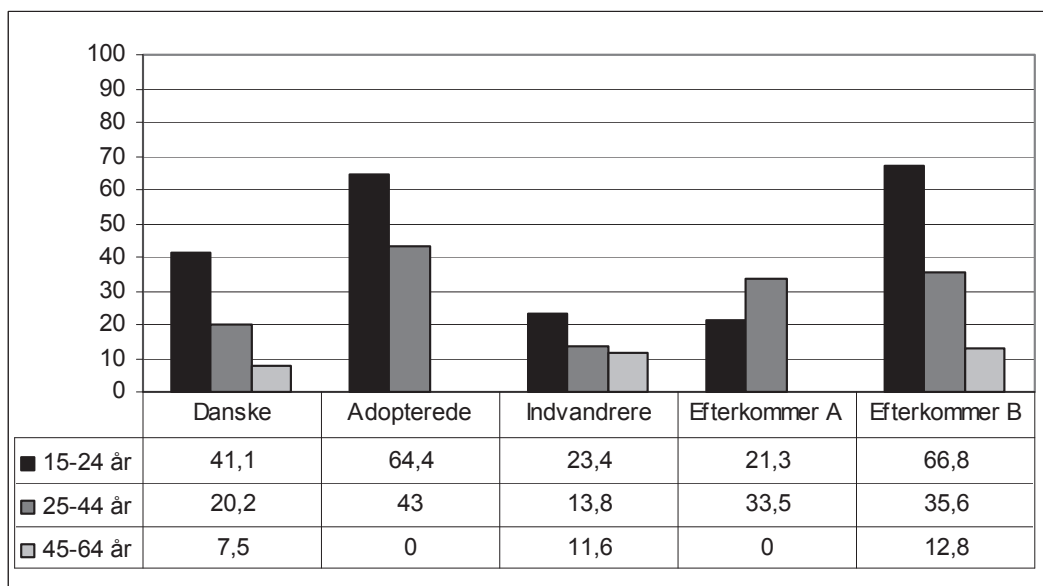
enter i de øvrige tre kategorier, har de flere end hos mændene i disse to grupper. Dog med en enkelt aldersbestemt undtagelse,

nemlig hos de 24-44-årige, hvor indvandrermand har samme kontaktrate som indvandrerkvinderne i denne aldersgruppe.

Figur 13.5.1 Rate for kontakter pga. personlighedsforstyrrelser blandt mænd. Antal kontakter i 2003 pr. 10.000, fordelt på etniske grupper.



Figur 13.5.2 Rate for kontakter pga. personlighedsforstyrrelser blandt kvinder. Antal kontakter i 2003 pr. 10.000, fordelt på etniske grupper.



Undersøgelsen viser, at kontaktraterne er væsentlig højere blandt yngre aldersgrupper af kvinder end blandt ældre ( $p < 0,001$ ). Undtagelser fra dette mønster findes dog hos efterkommere A (både mænd og kvinder), efterkommere B-mænd og, som sagt, hos mænd i indvandrergruppen. Data om 45-66-årige i de etniske minoritetsgrupper må tages med forbehold pga. de få personer i disse grupper.

Adoptiv-gruppen og efterkommere B skiller sig markant ud både hos kvinder og mænd. Særligt de yngste (15(18)-24-årige) har i sammenligning med de øvrige grupper (både alder og etnicitet) meget høje kontaktrater. Mandlige efterkommere B har dog en lidt højere kontaktrate i gruppen fra 25-44 år end i den yngste gruppe fra 15-24 år. Forskellene i kontaktrater i de fem etniske grupper og i de tre aldersgrupper er signifikant forskellige ( $p < 0,001$ ), både for mænd og kvinder.

## Resultaterne relateret til andre studier

Det er generelt accepteret, at personlighedsforstyrrelser er betinget af både genetiske og sociale faktorer (Cloninger et al. 1993), men betydningen af en genetisk disposition for at udvikle personlighedsforstyrrelser er ikke veldokumenteret.

De undersøgelser, der har peget på en genetisk betydning, bygger på information indsamlet fra personer diagnosticerede med lidelsen og deres (biologiske) pårørende (Weismann, 1993). I overensstemmelse med fundene fra andre, internationale undersøgelser, er der i nærværende undersøgelse en hyppigere forekomst af personlighedsforstyrrelser blandt adopterede end blandt andre befolkningsgrupper (Torgersen 2005; Tieman et al. 2005). Hvorvidt adopterede i højere grad end andre er genetisk disponerede for personlighedsforstyrrelser, kan ikke eftervises, idet der ikke foreligger oplysninger om de biologiske forældre.

Inden for de senere år har en række studier, som omtalt, påvist en relativ høj risiko blandt adopterede for at udvikle psykiske lidelser (Fergusson et al. 1995; Lipman et al. 1992; Lindblad et al. 2003; Hjern et al. 2004; Tieman et al. 2005), og der peges her på betydningen af psykisk isolation, mangelsygdomme og infektiøse lidelser før adoptionen, mens betydningen af en genetisk disposition ikke kan eftervises.

Med hensyn til den her påviste større kontaktrate blandt efterkommere B for personlighedsforstyrrelse rejser der sig en række spørgsmål. Hvorfor er raten højere for efterkommere B end for efterkommere A? Hvorfor stiger kontaktraten med alderen hos mandlige efterkommere B og ikke hos kvindelige, hvor den falder til næsten det halve?

Nærværende undersøgelse er baseret på tværsnitsdata, og der er derfor ikke grundlag for at belyse de mulige risikofaktorer for udviklingen af personlighedsforstyrrelser. Der er dog grund til at diskutere forekomsten af udvikling over tid, når man holder forskellige sociokulturelle forhold i mente.

Den høje kontaktrate for efterkommere B overrasker af flere grunde. I teorien om den sunde indvandrer (*the healthy immigrant*), argumenterer Marmot, Adelstein & Bulusu (1984) for, at immigranter i gennemsnit er sundere end indbyggere i de lande, som de har forladt. Forfatterne forventer endvidere, at immigranternes børn – efterkommerne – ikke vil blive udsat for de samme risikofaktorer, som immigranterne selv er blevet udsat for. Ikke desto mindre finder Saraiva et al. (2005), at efterkommeres psykopatologiske mønster ligner forældrenes og finder, ligesom vi, at efterkommere har højere risiko end forældrene for at lide af forskellige psykiske lidelser. Sammenstillingen af disse faktorer kunne tyde på, at genetiske faktorer

spiller en mindre rolle end sociale, mht. raten af kontakter til det psykiatriske system relateret til personlighedsforstyrrelser.

Det støttes af vores resultater, der viser, at de ældste årgange af indvandrergruppen – dvs. forældrene til de yngre efterkommere – har en lavere kontaktrate end de yngre årgange af efterkommere, dvs. end deres børn. Dette fænomen gælder for både mænd og kvinder og både for efterkommere A og B, men er mest udpræget hos kvinder og efterkommere B.

Den høje kontaktrate for efterkommere B overrasker endvidere, fordi det tilsyneladende strider imod den antagelse, at det at have en dansk forældre har en social beskyttende effekt. I stedet kunne tallene tyde på, at et kulturmøde eller kulturel konflikt inden for familiens rammer, er mere konfliktfyldt for individet, end når det finder sted mellem en etnisk ens familie og det omgivende samfund. Er denne hypotese rigtig, bliver det forståeligt, at efterkommere A har en lavere kontaktrate end efterkommere B. Det kan også antages, at kulturmødet opleves stærkere i samfund, der er overvejende monokulturelle i forhold til mere multikulturelle samfund, hvor kendskabet til og tolerancen overfor andre kulturer er højere (Saraiva et al, 2005).

Samtidig tyder tallene noget overraskende på, at der ligger en højere beskyttelseseffekt i at vokse op i en etnisk ens familie end i en

etnisk sammensat familie til trods for, at den ene del af familien er fra landets dominerende etnicitet, i dette tilfælde dansk. Sagt på en anden måde følger det af denne tankegang, at selvom efterkommere A hver især må udspille en rolle i det kulturmøde, der finder sted mellem familien og samfundet, så er de i mere trygge rammer end efterkommere B, der gennemlever kulturmødet inden for hjemmets fire vægge. Dette kunne tyde på, at den sociale kapital i form af gode familienetværk er stærkere for etniske ens familier end for etniske sammensatte.

Skuffede forventninger til livet synes at være en vigtig faktor for udvikling af psykiske problemer og adfærdsvanskeligheder, og at individet så at sige kan beskytte sig selv ved ikke at opstille høje forventninger.

Forventnings-hypotesen bekræftes også af de højere kontaktrater blandt efterkommere A i forhold til deres forældre (indvandrergruppen). Accepterer vi endvidere hypotesen om, at familien yder beskyttelse mod psykopatologi, har vi en mulig forklaring på, hvorfor raten for kontakter til det psykiatriske system i forbindelse med personlighedsforstyrrelser er højere for efterkommere A i gruppen af 25-44 år end for den yngre aldersgruppe. Det er en generel antagelse, at efterkommere A er hjemmeboende i længere tid end andre unge. Familiebeskyttelsesten vil derfor være gældende i længere tid for denne gruppe. Derimod må det formodes at langt den største del af de 25-44-årige

ikke længere bor hos familien og derfor er uden for 'beskyttelseszone', når fodfæstet på arbejdsmarkedet skal etableres.

Det er muligt, at efterkommere B har forventninger om, at det at være halvt dansk

giver dem en bedre beskyttelse mod diskriminering og udelukkelse – og at denne forventning ikke altid bliver indfriet.

### *13.6 Selvdestruktiv adfærd/selvmondsforsøg*

De fleste sygehuskontakter pga. af selvskade/selvmondshandlinger sker til de somatiske skadestuer. Til hver eneste patientregistrering i det danske sygehusvæsen er der knyttet en kontaktårsagskode, der angiver hvorvidt sygehuskontakten skyldtes sygdom, ulykke, vold, selvmord, senfølger eller er uoplyst. Kontaktårsagskode 4 angiver, at kontakten angik en selvtilføjet skade, og det skulle således være muligt at identificere alle sygehuskontakter, der skyldes en selvmondshandling, alene ud fra denne kode.

Koden omfatter dog både selvmondshandlinger og anden selvtilføjet skade som fx alkoholforgiftning og selvutilation, fx overfladiske snitsår på underarme. Det er derfor ikke muligt at afgrænse forsætlig skadevoldende adfærd, der har til hensigt at berøve personen sit liv, over for andre former for selvtilføjet skade.

Kontaktårsagskoden registreres allerede ved en patients ankomst til skadestuen, dvs. at den baseres på de første oplysninger til skadestuesekretæren og på sekretærens tolkning af oplysningerne og ændres ikke, selvom lægesamtalen giver nye oplysninger om årsagen til sygehuskontakten. Der er også betydelig variation i, hvorvidt kontakter kodes som sygdom, ulykke eller selvskadende handling, fx indtagelse af store

mængder alkohol og en begrænset mængde hovedpinepiller.

En medvirkende årsag til, at der registreres flere sygehuskontakter som selvmondsforsøg (selvskade) blandt unge kvinder end unge mænd kan således skyldes, at en selvskadende adfærd blandt mænd hyppigere tolkes som en ulykke end en tilsvarende adfærd blandt kvinder, og at der er kønsforskelle i typer af selvskadende adfærd (Helweg-Larsen et al 2005). Det er også muligt, at handlingerne tolkes forskelligt blandt forskellige etniske grupper, således at der ofte anføres selvskade frem for ulykke for etniske minoritetsgrupper.

Hvis kontakten er til en psykiatrisk skadestue eller afdeling, er der bedre muligheder for en korrekt registrering, idet kontakterne registreres med en specifik kode, X60-X84, der angiver at det drejer sig om en bevidst selvtilført skade for selvskade ved forgiftning eller anden metode.

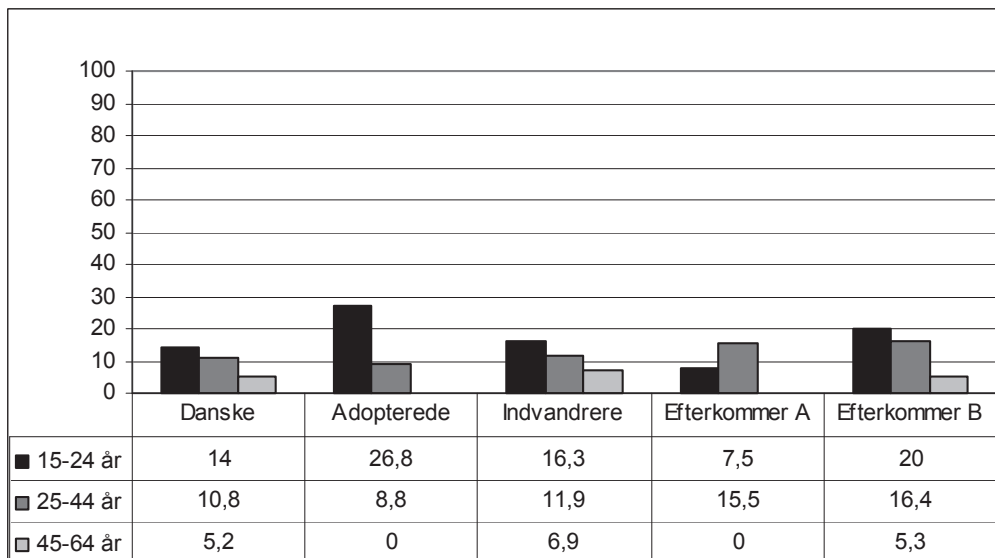
I de følgende resultater indgår der data om skadestuekontakter, der er registreret som en selvskade i Landspatientregisteret, og om kontakter til psykiatriske behandlingsvæsen, der er registreret med en af de specifikke koder for selvmondshandling.



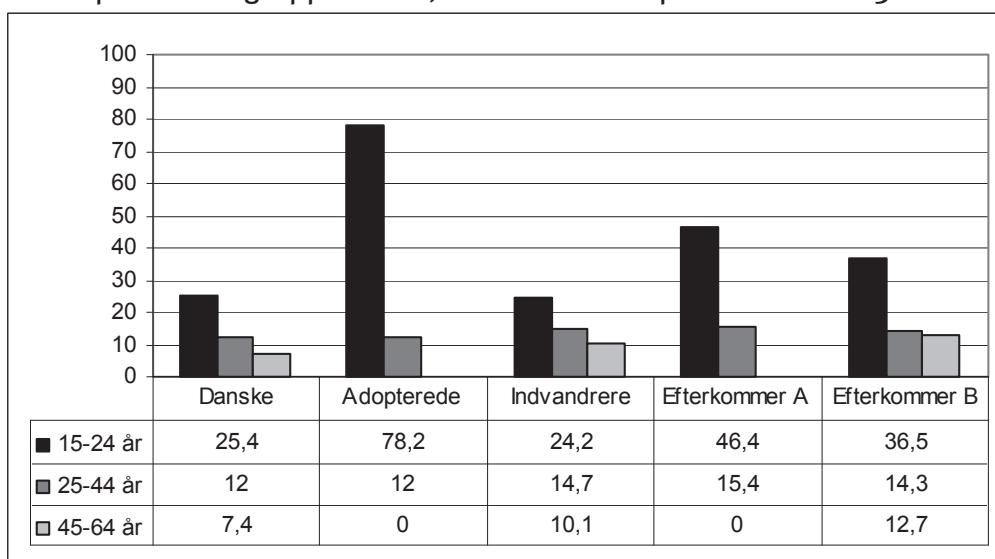
Figurene 13.6.1 og 13.6.2 viser antallet af mænd og kvinder pr. 10.000 i de fem forskellige etniske grupper, der er registreret med enten kontaktårsagskode 4 eller koderne X60-X84.

Der er betydelige køns- og aldersforskelle i raterne. Blandt (15)18-24-årige er raterne fra knap to til seks gange højere blandt kvinder end mænd. Raten blandt unge adopterede kvinder adskiller sig markant fra raterne i de øvrige etniske grupper af kvinder.

Figur 13.6.1. Kontaktrate for selvskade/selv mordshandling blandt mænd i 2003, fordelt på etniske grupper. Rate, antal kontakter pr. 10.000 i 2003



Figur 13.6.2. Kontaktrate for selvskade/selv mordshandling blandt kvinder i 2003, fordelt på etniske grupper. Rate, antal kontakter pr. 10.000 i 2003



## Resultaterne relateret til andre studier

En række tidligere danske studier har beskrevet de markante sammenhænge mellem selvmord og psykisk sygdom ud fra registerdata (Nordentoft & Rubin 1993; Rossau & Mortensen et al. 1997; Mortensen *et al.* 2000; Agerbo *et al.* 2002a; Agerbo *et al.* 2002b; Agerbo, 2005; Qin & Nordentoft, 2005; Nordentoft *et al.*, 2006).

I britiske studier er der påvist en højere selvmordsrisiko blandt kvinder fra asiatiske lande (Bhugra 2002). De havde en knap to gange højere risiko end hvide kvinder og en 2,5 gange højere risiko end mænd fra asiatiske lande (Rhaleigh & Balarajan 1992). At have været udsat for partner vold og depression var uafhængige risikofaktorer for selvmordsforsøg (Hicks & Bhugra 2003). En anden britisk undersøgelse har derimod ikke fundet nogen etniske forskelle i risikoen for selvmord (Kennedy et al. 2005).

Baseret på danske registerdata (data om selvmord i Dødsårsagsregisteret sammenkørt med data om etnicitet i Danmarks Statistiks IDA- database) er der for nyligt gennemført en undersøgelse af sammenhæng mellem etnicitet, defineret ud fra fødeland, og selvmord i perioden 1981-1997 (Sundaram et al. 2006). I modsætning til de tidligere britiske undersøgelser blev der ikke fundet en højere selvmordsrisiko blandt kvinder fra ikke-vestlige lande, og risikoen blandt

indvandrere fra asiatiske lande var lavere end blandt etnisk danskere. Der var dog en tendens til en højere selvmordsrisiko blandt den samlede gruppe af indvandrere, men det var betinget af en relativ høj risiko blandt indvandrere, der kulturelt ligner den danske befolkning, nemlig blandt personer født i et af de øvrige nordiske lande. Disse forskelle var mest udtalte blandt kvinder.

Tilsvarende er der i Sverige ud fra registerdata fundet en større selvmordsrisiko blandt indvandrere og højest blandt andengenerationsindvandrere, og også her findes den højeste forekomst blandt indvandrere fra andet nordisk land, Finland (Hjern & Allebeck 2002). Tilsvarende viser den aktuelle undersøgelse en markant højere rate af sygehuskontakter for selvmordshandlinger og selvskade blandt efterkommere A og B i forhold til raten blandt etnisk danske kvinder.

I en nylig undersøgelse af forekomsten af selvmordsforsøg blandt asylansøgere, der opholder sig i asylcentre i Danmark, blev der påvist en markant højere hyppighed end blandt den fastboende danske befolkning (Stæhr & Munk-Andersen 2006).

I den aktuelle undersøgelse var kontaktraten for selvmordshandlinger (selvskade) derimod ikke højere blandt indvandrere, og specielt ikke højere blandt indvandrerkvinder.

der sammenlignet med etnisk danske kvinder. Men der var en påfaldende høj kontakt-rate blandt (15)18-24-årige adopterede kvinder.

Der er tidligere, specielt i svenske studier, beskrevet en høj forekomst af selvmord og psykisk sygdom blandt adopterede fra andet land (Hjern et al. 2002; Lindblad et al. 2003). Det formodes, at sen adoption, dvs. når barnet er et år eller mere, har betydning for en senere forekomst af psykosociale problemer (Nickman et al. 2005). Adoptivbørn, der som spædbørn har været anbragt i institutioner kan have været udsat for alvorlig psykisk deprivation på grund af manglende tilknytning til voksne og fysisk og psykisk understimulation. De kan også have været fejler-næret. Kostens lødighed under graviditeten

og i spædbarnsalderen har stor betydning for hjernens udvikling og dårlig eller mangel-fuld ernæring er dermed en risikofaktor for udviklingen af senere psykisk sygdom.

Ud over risikofaktorer i spædbarnsalderen for senere udvikling af psykiske lidelser, rapporteres der en stærk sammenhæng mellem risikoen for selvmordshandlinger blandt adopterede, identitetskonflikter og dårlig tilpasning i adoptivfamilien (Cederblad et al. 1999; Slap et al. 2001).

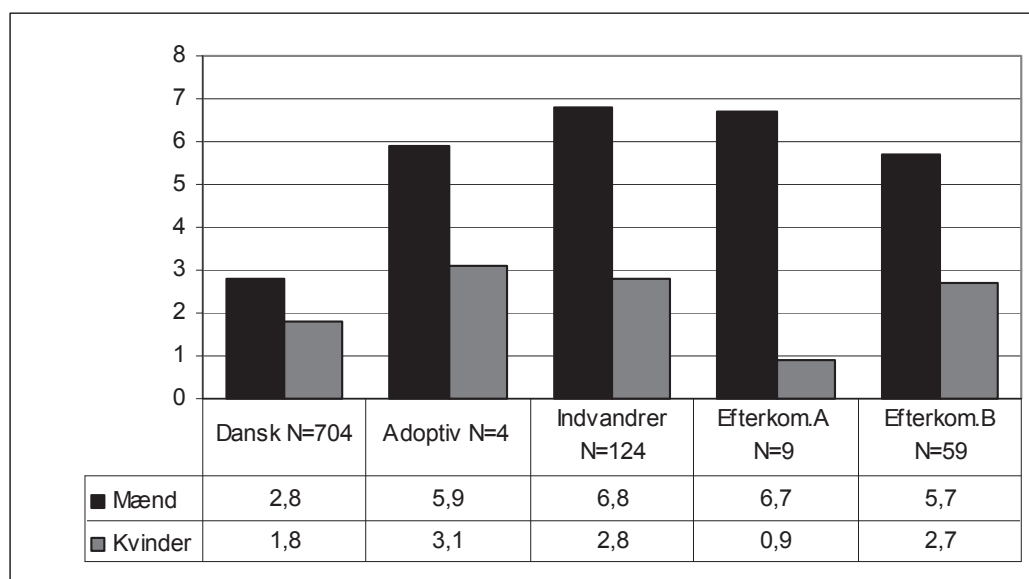
Tidligere og aktuelle undersøgelser peger således på, at identifikationsproblemer, kulturelle konflikter og muligvis oplevelsen af fremmedhed er alvorlige risikofaktorer for selvskadende adfærd og psykiske lidelser.

### 13.8 Z-koder

Der er i det aktuelle udtræk fra Det Psykiatriske Centralregister og Landspatientregisteret inkluderet data om kontakter, der har været led i psykiatriske undersøgelser, herunder observationer for adfærdsmæssige forstyrrelser og retspsykiatriske undersøgelser.

Figurerne 13.8.1 viser antallet af kontakter pr. 10.000 i hver af de etniske grupper for henholdsvis mænd og kvinder i 2003, hvor en Z diagnose har været registreret som aktionsdiagnose, og hvor personen ikke er registreret med anden type psykisk lidelse, dvs. der er ingen registreringer om kontakter inden for F-diagnoserne eller for selvska-de/selv mordshandlinger.

Figur 13.8.1 Kontaktrate for psykiatriske undersøgelser uden anden registreret psykiatrisk sygdom i 2003, fordelt på etniske grupper og køn. Rate, antal pr. 10.000.



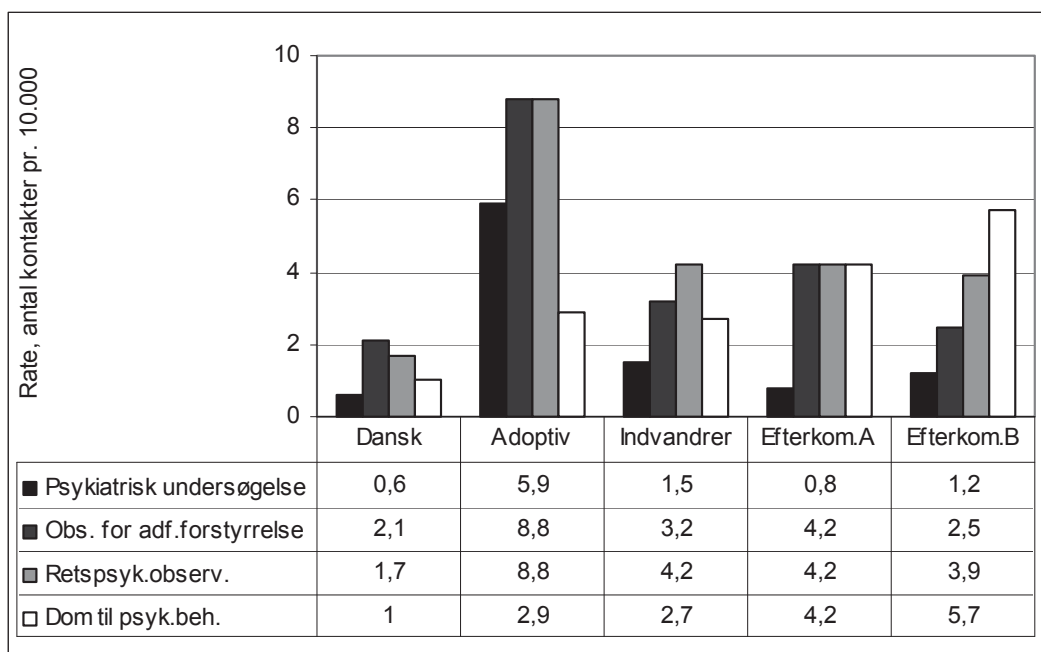
Der er kun få personer i de enkelte etniske minoritetsgrupper, hvorfor de umiddelbart markante forskelle i kontaktrater må tages med forbehold. De højeste rater er blandt mænd og højere rater blandt indvandrere og

i de øvrige minoritetsgrupper end blandt etnisk danske. Disse data svarer naturligvis til, hvad der er beskrevet vedrørende indlæggelsesvilkår, jævnfør kapitel 9.

Figur 13.8.2 viser antallet af kontakter i 2003 pr. 10.000 personer blandt mænd i de fem etniske grupper for udvalgte Z-koder, henholdsvis psykiatrisk undersøgelse, observation for en adfærdsmæssig forstyrrelse, der ikke påvises, retspsykiatrisk observation og dom til psykiatrisk behandling. Der er som ovenfor anført få personer i de fire etniske

minoritetsgrupper, og raterne må tages med forbehold. Men umiddelbart er kontakter på mistanke om en psykisk lidelse, der ikke påvises, højere blandt adopterede, indvandrere og efterkommere A, og dom til psykiatrisk behandling højst blandt efterkommere, hvor der i alt var 41 kontakter.

Figur 13.8.2 Kontaktrate for udvalgte Z-koder blandt mænd i 2003, fordelt på etniske grupper. Rate, antal kontakter pr.10.000



## 12. Konklusioner

Der er påvist markante forskelle i hyppigheden af kontakter til det psykiatriske behandlingssystem de fem etniske grupper imellem. Det gælder for de fleste specifikke psykiske lidelser, for kontakter pga. selvska-  
de/selvordshandlinger og for kontakter mhp diagnostik inklusive retspsykiatriske undersøgelser.

Kontaktraterne er inden for en række diagnoser højere blandt adopterede fra andet land end Danmark og blandt personer, hvis ene forælder er født i andet land end Danmark, efterkommer B-gruppen. Inden for de fleste psykiske lidelser er kontaktraten højere for mænd end kvinder, bortset fra affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser og kontakter pga. mulige selvmordshandlinger.

Den gennemsnitlige kontaktrate, dvs. antal registrerede kontakter pr. person, er lavere blandt indvandrere end etnisk-danske, og gennemgående er hyppigheden af kontakter lavere blandt indvandrere end blandt de øvrige etniske minoritetsgrupper, specielt er der relativt få indlæggelser blandt indvandrerkvinder.

Undersøgelsen omhandler kontaktmønsteret til det psykiatriske behandlingssystem blandt personer med forskellig herkomst.

Sådanne forskelle kan både skyldes forskellige i sygdomsforekomst, forskelle mht kronicitet og forløb af sygdommene, og forskelle i tilbøjelighed til at søge behandling. Vores undersøgelse kan ikke vurdere den relative betydning af disse mulige forklaringer, men resultaterne giver anledning til en række refleksioner.

De påviste markante forskelle i kontaktmønsteret til det psykiatriske behandlingssystem i de forskellige etniske kategorier er baseret på analyser af grupper, som omfatter personer fra mange forskellige lande og som har meget forskellig baggrund. Undersøgelsens population er kategoriseret i fem etniske grupper alene ud fra data om eget og forældres fødeland. Etnicitet udtrykker således ikke personernes egen oplevelse af etnisk tilhørsforhold, og der er ud fra de foreliggende registerdata ikke mulighed for at udskille forskellige typer af indvandrere, fx familiesammenførte og flygtninge.

En lang række tidligere undersøgelser har påvist sammenhænge mellem marginalisering og dårlig psykisk trivsel blandt indvandrere, og at ikke alene forholdene før og under migrationen har betydning for udviklingen af psykisk sygdom, men også indvandreres og efterkommeres psykosociale for-

hold i modtagerlandet, dvs. forhold i asylfasen og mulighederne for integration i samfundet, når der er opnået opholdstilladelse.

For en del af gruppen af adoptiv-børn kan forholdene inden adoption til Danmark og specielt alderen ved adoption have haft betydning for deres større sårbarhed over for udvikling af psykiske lidelser såsom personlighedsforstyrrelser, misbrug, akutte psykoser og selvskadende adfærd. Det er velkendt, at tidlig psykisk deprivation er en alvorlig risikofaktor for senere psykisk sygdom. Men det er nærliggende at antage, at også marginaliseringen kan have betydning for visse grupper af adopterede.

De tilgrundliggende årsager for migration, som fx væbnede konflikter, politisk forfølgelse, fængsling og fattigdom, har naturligvis meget stor betydning for indvandreres psykiske trivsel og for deres muligheder for at skabe gode og trygge rammer for deres familie i modtagelandet. Undersøgelsen påviser ikke overraskende en markant højere kontakthyppe for PTSD blandt indvandrere end i nogen af de øvrige grupper og understreger dermed, at forhold før og under migrationen og de aktuelle vilkår har stor betydning for forekomsten af denne type psykiske lidelser.

At der i nærværende undersøgelse påvises en højere rate af kontakter til det psykiatriske behandlingssystem blandt efterkommere end blandt indvandrere, tyder på, at psy-

kiske traumer før og under migrationen kan gøre det svært for mange indvandrere at skabe de fornødne psykosociale betingelser for en god opvækst for deres børn. Det tyder også på, at det danske samfund ikke tilstrækkeligt godt har evnet at forebygge trivselsproblemer og minimere risikofaktorer for psykisk sygdom blandt efterkommere.

En række af de psykiske lidelser, specielt personlighedsforstyrrelser og nervøse lidelser, forekommer i særlig grad i den yngste aldersgruppe. Disse resultater påpeger nødvendigheden af en øget indsats over for sårbare grupper med henblik på tidlig opsporing, psykosocial støtte og behandling.

Indvandrerkvinder har relativt få kontakter til det psykiatriske behandlingssystem. Det bør overvejes om, denne gruppe underdiagnosticeres eller underbehandles. Det er oplagt, at der kan eksistere barrierer for gruppens henvendelse til sundhedsvæsenet, for sundhedsvæsenets erkendelse af psykiske problemer og sygdomme hos denne befolkningsgruppe og muligvis også individuel modstand i gruppen mod kontakt.

Selvom undersøgelsen påviser betydelig forskel de etniske grupper i mellem med hensyn til kontaktmønster, så er det vigtigt at erindre sig, at resultaterne er baseret på gennemsnit for de enkelte grupper, der imidlertid kan rumme betydelige variationer. Det gælder alle fem etniske grupper. Vi er således opmærksomme på, at populationen om-

fatter en meget sammensat gruppe af indvandrere, efterkommere og adopterede. En stor andel har nordisk herkomst, andre er fra de øvrige europæiske lande, og atter andre kommer fra kulturer, der er mere fjerne fra den danske.

Undersøgelsens resultater er generelt i overensstemmelse med tidligere studiers. Der er i disse påvist en højere risiko for skizofreni blandt etniske minoriteter, og der er fremsat en række hypoteser om årsagerne hertil.

Nærværende undersøgelse er baseret på tværsnitsdata, dvs. udelukkende data om kontaktmønsteret til det sekundære psykiatriske behandlingssystem i et enkelt år, 2003. Der er derfor ikke mulighed for at eftervise de tidligere fremsatte hypoteser, men de markante etniske forskelle giver anledning til at fremsætte en række hypoteser, som netop danske registerdata og nærværende database vil kunne bidrage til at be- eller afkræfte.

Den påviste forskel i kontaktmønsteret blandt adopterede og yngre efterkommere i etnisk blandede familier i forhold til de andre etniske grupper bør vurderes yderligere medinddragende den mulige betydning af fødeland og tidspunkt for ankomst til Danmark.

Aktuelt overgår en række forebyggelsesopgaver til kommunerne og omstruktureres i

de nye regioner. Nærværende undersøgelses påvisning af en relativ høj forekomst af psykiske lidelser blandt ikke-etniske danskere vil blive formidlet til de relevante myndigheder og bør kunne indgå i planlægningen af en særlig indsats over for sårbare grupper i det danske samfund.

Det er derfor håbet, at yderligere analyser kan gennemføres, som kan belyse de hypoteser, som vi indledningsvist har beskrevet. Specielt vil det være værdifuldt at medinddrage betydningen af sociale faktorer for de påviste etniske forskelle. Som beskrevet indgår der data om uddannelse, civilstatus og husstand i den etablerede database.

Der vil ligeledes være mulighed for ud fra databasen at vurdere, hvorvidt de beskrevne etniske forskelle i kontaktmønsteret til det sekundære psykiatriske behandlingssystem har sammenhæng med etniske forskelle i udskrivningen af specifikke lægemidler, specielt antipsykotika. En utilstrækkelig medicinsk behandling kan vel tænkes at influere på kontaktraterne.

Der er i udenlandske undersøgelser peget på betydningen af diagnostik i forhold til kulturelt betinget manifestation af psykisk sygdom. Nærværende undersøgelse har ikke mulighed for at validere de registrerede diagnoser, dvs. konsistensen i diagnostisk praksis kan ikke vurderes ud fra registerdata vedrørende kontakter til det psykiatriske behandlingssystem i et enkelt år.



Men i databasen indgår der data om populationens tidligere kontakter i perioden 1995-2002. Det vil være muligt at vurdere mulige etniske forskelle i sammenhænge i diagnoser inden for det skizofrene sygdomsmøn-

ster og personlighedsforstyrrelser og derved tilnærme en vurdering af de mulige etniske forskelle i kategoriseringen af psykiske symptomer.

## Referencer

- Agerbo E., Nordentoft M., Mortensen P.B (2002) Selvmord blandt unge-familære, psykiatriske og sociale risikofaktorer. *ugeskr Læger*, **164**, 5786-5790.
- Ai, A.L., Peterson, C., Ubelhor, D. (2002) War-related trauma and symptoms of post-traumatic stress disorder among adult Kosovar refugees. *Journal of Traumatic Stress*, **15**, 157-160.
- Al Saffar, S., Borga, P., Wicks, S. & Hallstrom, T. (2004) The influence of the patients' ethnicity, socio-demographic conditions and strain on psychiatric diagnoses given at an outpatient clinic. *Nord.J Psychiatry*, **58**, 421-427.
- Andersen HS. (1998) Posttraumatiske forstyrrelses epidemiologi. *Ugeskr Læg.* **160**, 7408-7413.
- Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen H-U et al. (2005) Costs of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol.*, **12**: Suppl 1.
- Audini, B. & Lelliott, P. (2002) Age, gender and ethnicity of those detained under Part II of the Mental Health Act 1983. *Br.J Psychiatry*, **180**, 222-226.
- Baleyrier, B., Damsa, C., Schutzbach, C., Stauffer, O. & Glauser, D. (2003) [Comparison between Swiss and foreign patients characteristics at the psychiatric emergencies department and the predictive factors of their management strategies]. *Encephale.*, **29**, 205-212.
- Beauchamp, G. & Gagnon, A. (2004) Influence of diagnostic classification on gender ratio in schizophrenia - a meta-analysis of youths hospitalized for psychosis. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, **39**, 1017-1022.
- Beiser, M. & Hou, F. (2001) Language acquisition, unemployment and depressive disorder among Southeast Asian refugees: a 10-year study. *Soc.Sci.Med.*, **53**, 1321-1334.
- Bennedsen, A., Ibfelt, E. H., Hansen, J. L. & Helweg-Larsen, K. (2006) [Self-assessed health status among young people from ethnic minorities living in Denmark]. *Ugeskr.Laeger*, **168**, 1645-1649.
- Berg, J. E. & Johnsen, E. (2004) [Are immigrants admitted to emergency psychiatric departments more often than ethnic Norwegians?]. *Tidsskr.Nor Laegeforen.*, **124**, 634-636.

- Bhugra, D. (2000) Migration and schizophrenia. *Acta Psychiatr.Scand Suppl.*, 68-73.
- Bhugra D. (2002) Suicidal behaviour in South Asians in the UK. *Crisis*, **23**, 108-113.
- Bhugra, D. (2003) Migration and depression. *Acta Psychiatr.Scand.Suppl.*, 67-72.
- Bhugra, D. (2004a) Migration and mental health. *Acta Psychiatr.Scand.*, **109**, 243-258.
- Bhugra, D. (2004b) Migration, distress and cultural identity. *Br.Med Bull.*, **69**, 129-141.
- Bhugra, D. (2006) Severe mental illness across cultures. *Acta Psychiatr.Scand Suppl.*, 17-23.
- Bhugra, D. & Becker, M. A. (2005) Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry*, **4**, 18-24.
- Bhugra, D. & Bhui, K. (1998) Transcultural psychiatry: do problems persist in the second generation? *Hosp.Med.*, **59**, 126-129.
- Bhugra, D. & Bhui, K. (1999) Racism in psychiatry: paradigm lost--paradigm regained. *Int Rev.Psychiatry*, **11**, 236-243.
- Bhugra, D., Hilwig, M., Hossein, B., Marceau, H., Neehall, J., Leff, J., Mallett, R. & Der, G. (1996) First-contact incidence rates of schizophrenia in Trinidad and one-year follow-up. *Br.J.Psychiatry.*, **169**, 587-592.
- Bhui K., Stransfeld S., Hull S., Priebe S., Mole F., Feder G. (2003) Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK. Systematic review. *Br J Psychiatry* **182**:105-16
- Blow, F. C., Zeber, J. E., McCarthy, J. F., Valenstein, M., Gillon, L. & Bingham, C. R. (2004) Ethnicity and diagnostic patterns in veterans with psychoses. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol*, **39**, 841-851.
- Bradby H, Williams R.(2006) Is religion or culture the key feature in changes in substance use after leaving school? Young Punjabis and a comparison group in Glasgow. *Ethn Health*. **11**(3):307-324.
- Burnett, R., Mallett, R., Bhugra, D., Hutchinson, G., Der, G. & Leff, J. (1999) The first contact of patients with schizophrenia with psychiatric services: social factors and pathways to care in a multi-ethnic population. *Psychol.Med.*, **29**, 475-483.
- Byrne, M., Agerbo, E., Eaton, W. W. & Mortensen, P. B. (2004) Parental socioeconomic status and risk of first admission with schizophrenia- a Danish national register based study. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol*, **39**, 87-96.
- Cantor-Graae, E., Pedersen, C. B., McNeil, T. F. & Mortensen, P. B. (2003) Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study. *Br.J Psychiatry*, **182**, 117-122.

- Cantor-Graae, E. & Selten, J. P. (2005) Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am.J Psychiatry*, **162**, 12-24.
- Carlsson, J. M., Mortensen, E. L. & Kastrup, M. (2006a) Predictors of mental health and quality of life in male tortured refugees. *Nord.J Psychiatry*, **60**, 51-57.
- Carlsson, J. M., Olsen, D. R., Mortensen, E. L. & Kastrup, M. (2006b) Mental health and health-related quality of life: a 10-year follow-up of tortured refugees. *J Nerv.Ment.Dis.*, **194**, 725-731.
- Carmil D, Carel R. (1986) Emotional distress and satisfaction in life among Holocaust survivors *Psychological Medicine* **16**: 141-149.
- Carta, M. G., Bernal, M., Hardoy, M. C. & Haro-Abad, J. M. (2005) Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clin.Pract.Epidemol.Ment.Health.*, **1:13.**, 13.
- Cederblad, M., Hook, B., Irhammer, M., Mercke, A.M. (1999) Mental health in international adoptees as teenagers and young adults. An epidemiological study. *J Child psychol.Psychiatry*, **40**, 1239-1248.
- Cheung, P. (1994). Posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees in New Zealand. *International Journal of Social Psychiatry*, **40**, 17-26.
- Chung R.C., Kagawa-Singer M. (1993) Predictors of psychological distress among Southeast Asian refugees. *Soc Sci Med*, **36**:631-639.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993): A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. **50**: 975-990.
- Commander, M. J., O'Dell, S. M., Surtees, P. G. & Sashidharan, S. P. (2003) Characteristics of patients and patterns of psychiatric service use in ethnic minorities. *Int J Soc.Psychiatry*, **49**, 216-224.
- Cooper, B. (2005a) Immigration and schizophrenia: the social causation hypothesis revisited. *Br.J.Psychiatry*, **186**, 361-363.
- Cooper, B. (2005b) Immigration and schizophrenia: the social causation hypothesis revisited. *Br.J.Psychiatry.*, **186**, 361-363.
- Cuffe, S. P., Waller, J. L., Cuccaro, M. L., Pumariega, A. J. & Garrison, C. Z. (1995) Race and gender differences in the treatment of psychiatric disorders in young adolescents. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry.*, **34**, 1536-1543.
- Dahl, K. M. (2005) Etniske minoriteter i tal. København, Socialforskningsinstituttet.
- Daumit, G. L., Crum, R. M., Guallar, E., Powe, N. R., Primm, A. B., Steinwachs, D. M. & Ford, D. E. (2003) Outpatient prescriptions

for atypical antipsychotics for African Americans, Hispanics, and whites in the United States. *Arch.Gen.Psychiatry.*, **60**, 121-128.

Davies, S., Thornicroft, G., Leese, M., Higgingsbotham, A. & Phelan, M. (1996) Ethnic differences in risk of compulsory psychiatric admission among representative cases of psychosis in London. *BMJ*, **312**, 533-537.

Dunlop, D. D., Song, J., Lyons, J. S., Mannheim, L. M. & Chang, R. W. (2003) Racial/ethnic differences in rates of depression among preretirement adults. *Am.J.Public Health.*, **93**, 1945-1952.

Ekblad, S., Prochazka, H. & Roth, G. (2002) Psychological impact of torture: a 3-month follow-up of mass-evacuated Kosovan adults in Sweden. Lessons learnt for prevention. *Acta Psychiatr.Scand.Suppl.*, 30-36.

Fensbo, C. (2004) Mental and behavioural outcome of inter-ethnic adoptees: a review of the literature. *Eur.Child Adolesc.Psychiatry*, **13**, 55-63.

Fergusson, D. M., Lynskey, M. & Horwood, L. J. (1995) The adolescent outcomes of adoption: a 16-year longitudinal study. *J.Child Psychol.Psychiatry.*, **36**, 597-615.

Fossion, P., Servais, L., Rejas, M. C., Ledoux, Y., Pelc, I. & Minner, P. (2004) Psychosis, migration and social environment: an age- and-gender controlled study. *Eur.Psychiatry*, **19**, 338-343.

Goldberg, E. M. & Morrison, S. L. (1963) Schizophrenia and social class. *Br.J.Psychiatry.*, **109**, 785-802.

Gorst-Unsworth C, Goldenberg E. (1998) Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq, trauma-related factors compared with social factors in exile. *Br J Psychiatry*, **172**:90-4.

Harris, P. A. (2004) The impact of age, gender, race, and ethnicity on the diagnosis and treatment of depression. *J.Manag.Care Pharm.*, **10**, S2-S7.

Harrison P.J. & Owen M.J. (2003) Genes for schizophrenia? Recent findings and their pathophysiological implications. *Lancet*; **361**, 417-419.

Harrison P.J. (1990) Searching for the causes of schizophrenia: the role of migrant studies. *Schizophr Bull.* **16**(4):663-671.

Helweg-Larsen, K., Kruse, M., Laursen B. (2005). Sygehuskontakt ved selvmordshandlinger In: Selvmord i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, København.

Herman M. (2004) Forced to chose: Some determinants of racial identification in multi-racial adolescents. *Child Devel* **75**, 730-748.

Hermansson, A.-C., Timpka, T. & Thyberg, M. (2002) The Mental Health of War-Wounded Refugees: An 8-Year Follow-up. *J.Nerv.Ment.Dis.*, **190**, 374-380.

- Hicks, J. W. & Bhugra D. (2003) Perceived causes of suicide attempts by UK South Asian women. *Am J Orthopsychiatry* **73**, 455-462.
- Hicks, J. W. (2004) Ethnicity, race, and forensic psychiatry: are we color-blind? *Am.Acad.Psychiatry Law.*, **32**, 21-33.
- Hinton, W. L., Tiet, Q., Tran, C. G. & Chesney, M. (1997) Predictors of depression among refugees from Vietnam: a longitudinal study of new arrivals. *J.Nerv.Ment.Dis.*, **185**, 39-45.
- Hjern, A., Lindblad, F. & Vinnerljung, B. (2002) Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study. *Lancet*, **360**, 443-448.
- Hjern, A & Allebeck, P (2004): Alcohol-related disorders in first- and second-generation immigrants in Sweden: a national cohort study. *Addiction*, **99**: 229-236
- Hjern, A., Wicks, S. & Dalman, C. (2004) Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants--a national cohort study in two generations of Swedish residents. *Psychol.Med.*, **34**, 1025-1033.
- Hoye, A., Rezvy, G., Hansen, V. & Olstad, R. (2006) The effect of gender in diagnosing early schizophrenia : An experimental case simulation study. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, **41**, 549-555.
- Hutchinson, G. & Haasen, C. (2004) Migration and schizophrenia: the challenges for European psychiatry and implications for the future. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, **39**, 350-357.
- Ingerslev O, Mogensen G, Matthiesen P (red.) (2000). "Sundhedsforhold blandt indvandrere" In Integration i Danmark omkring årtusindeskiftet - Indvandrernes møde med arbejdsmarkedet og velfærdssamfundet. Rockwool Fonden.
- Jablensky A., Sartorius N., Ernberg G., Anker M., Korten A., Cooper J., Daly R., Bertelsen A. (1992) Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. *Psychol Med Monograph Supp.* 20.
- Jorgensen, A., Teasdale, T. W., Parnas, J., Schulsinger, F., Schulsinger, H. & Mednick, S. A. (1987) The Copenhagen high-risk project. The diagnosis of maternal schizophrenia and its relation to offspring diagnosis. *Br.J.Psychiatry.*, **151**, 753-757.
- Kales, H. C., Neighbors, H. W., Blow, F. C., Taylor, K. K., Gillon, L., Welsh, D. E., Maixner, S. M. & Mellow, A. M. (2005) Race, gender, and psychiatrists' diagnosis and treatment of major depression among elderly patients. *Psychiatr.Serv.*, **56**, 721-728.
- Kastrup M, Arcel L. (2004) Gender specific treatment. Gender specific treatment of refugees with PTSD. I: Wilson J, Drozdek B (eds) Broken spirits The treatment of traumatized asylum seekers refugees war



and torture victims. New York: Brunner and Routledge, p.547-71.

Kennedy M.A., Panhar K.K., Samra J., Gorzalka B. (2005) Suicide ideation in different generations of immigrants. *Can J Psychiatry* **50**, 353-356.

Kety, S. S., Wender, P. H., Jacobsen, B., Ingraham, L. J., Jansson, L., Faber, B. & Kinney, D. K. (1994) Mental illness in the biological and adoptive relatives of schizophrenic adoptees. Replication of the Copenhagen Study in the rest of Denmark. *Arch.Gen.Psychiatry.*, **51**, 442-455.

Khan, I.A., Qassim M. (2002). Sundhed og sygelighed hos indvandrere. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning* 80: 389-402 og 557-570.

Kjersem, H. J. (1994). Migrationsmedicin i Danmark. Vurdering af nogle migrationsmedicinske problemstillinger blandt asylansøgere og flygtninge. København.

Kyvsgaard B. (2001): Kriminalitet, retshåndhævelse og etniske minoriteter JURISTEN, 363-373

Kyvsgaard B. (2005) Etniske minoriteters høje kriminalitetshyppighed: Kulturkonflikter eller sociale og økonomiske årsager? In: Socialforskningsinstituttet: Etniske minoriteter - et nyt proletariat. Social Forskning Temanummer Marts.

Laban CJ., Gernaat HB., Komproe IH. Schreuder BA, De Jong JT (2004) Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *J Nerv Ment Dis.*, 192: 843-851.

Lindblad, F., Hjern, A. & Vinnerljung, B. (2003) [Psychosocial and social problems among international adoptees. Increased risk of suicide, substance abuse and grave criminal offences]. *Lakartidningen.*, **100**, 707-709.

Lipman, E. L., Offord, D. R., Racine, Y. A. & Boyle, M. H. (1992) Psychiatric disorders in adopted children: a profile from the Ontario Child Health Study. *Can.J.Psychiatry.*, **37**, 627-633.

Loring, M. & Powell, B. (1988) Gender, race, and DSM-III: a study of the objectivity of psychiatric diagnostic behavior. *J Health Soc.Behav.*, **29**, 1-22.

Marmot MG, Adelstein AM & Bulusu L (1984): Lessons from the study of immigrant mortality. *The Lancet*, : 1455-1458.

Marwaha, S. & Livingston, G. (2002) Stigma, racism or choice. Why do depressed ethnic elders avoid psychiatrists? *J.Affect.Disord.*, **72**, 257-265.

Mednick, S. A., Parnas, J. & Schulsinger, F. (1987) The Copenhagen High-Risk Project, 1962-86. *Schizophr.Bull.*, **13**, 485-495.

Mednick, S. A. & Schulsinger, F. (1964) A PRE-SCHIZOPHRENIC SAMPLE. *Acta Psychiatr.Scand.*, **40:SUPPL 180:135+.**, SUPPL.

Miller, B. C., Fan, X., Grotevant, H. D., Christensen, M., Coyl, D. & van Dulmen, M. (2000) Adopted adolescents' overrepresentation in mental health counseling: adoptees' problems or parents' lower threshold for referral? *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry.*, **39**, 1504-1511.

Mitter, P. R., Krishnan, S., Bell, P., Stewart, R. & Howard, R. J. (2004) The effect of ethnicity and gender on first-contact rates for schizophrenia-like psychosis in Bangladesh, Black and White elders in Tower Hamlets, London. *Int J Geriatr.Psychiatry*, **19**, 286-290.

Morgan, C., Mallett, R., Hutchinson, G., Bagalkote, H., Morgan, K., Fearon, P., Dazzan, P., Boydell, J., McKenzie, K., Harrison, G., Murray, R., Jones, P., Craig, T. & Leff, J. (2005) Pathways to care and ethnicity. 2: Source of referral and help-seeking. Report from the AESOP study. *Br.J Psychiatry*, **186**, 290-296.

Mortensen, P. B., Cantor-Graae, E. & McNeil, T. F. (1997) Increased rates of schizophrenia among immigrants: some methodological concerns raised by Danish findings. *Psychol.Med*, **27**, 813-820.

Mulder, C. L., Koopmans, G. T. & Selten, J. P. (2006) Emergency psychiatry, compulsory

admissions and clinical presentation among immigrants to the Netherlands.

*Br.J.Psychiatry.*, **188:386-91.**, 386-391.

Mygind Nielsen A, Emborg Nielsen J & Kristiansen MK. (2002) Diskrimination og helbred. En kvantitativ analyse af danskere og etniske minoriteter. København, Institut for Folkesundhedsvidenskab; Københavns Universitet.

Mygind A., Kristiansen M., Krasnik A., Nørredam M. (2006). Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici - betydningen af etnicitet og migration. Sundhedsstyrelsen, København.

Nickman, S. L., Rosenfeld, A. A., Fine, P., Macintyre, J. C., Pilowsky, D. J., Howe, R. A., Derdeyn, A., Gonzales, M. B., Forsythe, L. & Sveda, S. A. (2005) Children in adoptive families: overview and update. *J Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, **44**, 987-995.

Noh, S. & Kaspar, V. (2003) Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *Am.J.Public Health.*, **93**, 232-238.

Nordentoft M., Rubin P. (1993) Mental illness and social integration among suicide attempters in Copenhagen. Comparison with the general population and a four-year follow-up of 100 patients. *Acta Psychiatr Scand* **88**, 278-285.



- Nordentoft, M. (2000) Psykisk sygdom blandt flygtninge og indvandrere. *Ugeskr.Laeger*, **162**, 6218-6219.
- Nordentoft M., Ping Q., Helweg-Larsen K., Juel K. (2006) Development in methodspecific suicide rates compared with the availability of specific compounds. *Nord J Psychiatry*, **60** Issue:2, 97-106.
- Nordentoft M. (2006). Cannabis og psykose. *Ugeskrift Læger* 168: 3896-3898.
- Nørredam, M., Krasnik, A., Moller, S. T., Keiding, N., Joost, M. J. & Sonne, N. A. (2004) Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scand.J.Public Health.*, **32**, 53-59.
- Oquendo, M. A., Ellis, S. P., Greenwald, S., Malone, K. M., Weissman, M. M. & Mann, J. J. (2001) Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. *Am.J.Psychiatry.*, **158**, 1652-1658.
- Parkman, S., Davies, S., Leese, M., Phelan, M. & Thornicroft, G. (1997) Ethnic differences in satisfaction with mental health services among representative people with psychosis in south London: PRiSM study 4. *Br.J Psychiatry*, **171**, 260-264.
- Pedersen, C. B. & Mortensen, P. B. (2001) Family history, place and season of birth as risk factors for schizophrenia in Denmark: a replication and reanalysis. *Br.J Psychiatry*, **179**, 46-52.
- Qin P., Nordentoft M. (2005) Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry* **62** (4), 427-432.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P. & Ross, C. A. (2005) Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr.Scand.*, **112**, 330-350.
- Reppesgaard H. (1997) Studies on psychosocial problems among displaced people in Sri Lanka. *European Journal of Psychiatry*, **11**: 223-234.
- Rosenthal, D., Goldberg, I., Jacobsen, B., Wender, P. H., Kety, S. S., Schulsinger, F. & Eldred, C. A. (1974) Migration, heredity, and schizophrenia. *Psychiatry*, **37**, 321-339.
- Rossau C.D., Mortensen P.B. (1997) Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. *Br J Psychiatry*, **171**, 355-359.
- Roth, G. & Ekblad, S. (2006) A longitudinal perspective on depression and sense of coherence in a sample of mass-evacuated adults from Kosovo. *J.Nerv.Ment.Dis.*, **194**, 378-381.
- Saraiva, L. T., Sundquist, J., Johansson, L. M., Johansson, S. E. & Sundquist, K. (2005) Incidence of mental disorders in second-

generation immigrants in Sweden: a four-year cohort study. *Ethn.Health.*, **10**, 243-256.

Saravanan, B., David, A., Bhugra, D., Prince, M. & Jacob, K. S. (2005) Insight in people with psychosis: the influence of culture. *Int Rev.Psychiatry*, **17**, 83-87.

Selten, J. P. & Sijben, N. (1994) First admission rates for schizophrenia in immigrants to The Netherlands. The Dutch National Register. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, **29**, 71-77.

Selten, J.P., Slaets, J.P., Kahn, R.S. (1997) Schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to The Netherlands: evidence of an increased incidence. *Psychol Med.*, **27**(4),807-11.

Selten, J.P. et al. (2001) Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands *British Journal of Psychiatry* **178**: 367-372

Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. (1997) Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Br J Psychiatry*; **170**,351-357.

Singh, S. P., Croudace, T., Beck, A. & Harrison, G. (1998) Perceived ethnicity and the risk of compulsory admission. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol*, **33**, 39-44.

Slap, G., Goodman, E. & Huang, B. (2001) Adoption as a risk factor for attempted suicide during adolescence. *Pediatrics*, **108**, E30.

Staehr, M. A. & Munk-Andersen, E. (2006) [Suicide and suicidal behavior among asylum seekers in Denmark during the period 2001-2003. A retrospective study]. *Ugeskr.Laeger.*, **168**, 1650-1653.

Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B. & Susljik, I. (2006) Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *Br.J.Psychiatry.*, **188**:58-64., 58-64.

Stuber, J., Resnick, H. & Galea, S. (2006) Gender disparities in posttraumatic stress disorder after mass trauma. *Gen.Med*, **3**, 54-67.

Sugarman, P.A., Crauford, D. (1994) Schizophrenia in the Afro-Caribbean community. *Br J Psychiatry*. **164**(4):474-80.

Sundaram, V., Qin, P. & Zollner, L. (2006) Suicide risk among persons with foreign background in Denmark. *Suicide Life Threat.Behav.*, **36**, 481-489.

Syed, H.R, Dalgaard, O.S, Dalen, I., Claussen B. (2006) Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway. *BMC Public Health*. 10;6:182.

- Thapa, S. B. & Hauff, E. (2005) Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries--findings from the Oslo Health Study. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, **40**, 78-84.
- Tieman W. (2006) Mental health in young intercountry adoptees. Rotterdam, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Erasmus MC.
- Tieman, W., van der, E. J. & Verhulst, F. C. (2005) Psychiatric disorders in young adult intercountry adoptees: an epidemiological study. *Am.J Psychiatry*, **162**, 592-598.
- Tienari, P., Sorri, A., Lahti, I., Naarala, M., Wahlberg, K. E., Pohjola, J. & Moring, J. (1985) Interaction of genetic and psychosocial factors in schizophrenia. *Acta Psychiatr.Scand.Suppl.*, **319:19-30.**, 19-30.
- Tseng W-S. Handbook of Cultural Psychiatry. San Diego: Academic Press, 2001
- Tolmac, J. & Hodes, M. (2004) Ethnic variation among adolescent psychiatric inpatients with psychotic disorders. *Br.J Psychiatry*, **184**, 428-431.
- Torgersen, S. (2005): Epidemiology, i The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders. Edited by Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. Washington DC, American Psychiatric Publishing.
- van der Wurff, F. B., Beekman, A. T., Dijkshoorn, H., Spijker, J. A., Smits, C. H., Stek, M. L. & Verhoeff, A. (2004) Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *J.Affect.Disord.*, **83**, 33-41.
- Verhulst, F. C. & Versluis-den Bieman, H. J. (1995) Developmental course of problem behaviors in adolescent adoptees. *J Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, **34**, 151-159.
- Videnscenter for Transkulturel Psykiatri (2002) . <http://vftp.dk>.
- Weismann, MM (1993): The epidemiology of personality disorders: a 1990 update. *J Personal Disord*; **7** (suppl 1): 44-62.
- Wender, P. H., Kety, S. S., Rosenthal, D., Schulsinger, F., Ortmann, J. & Lunde, I. (1986) Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Arch.Gen.Psychiatry.*, **43**, 923-929.
- Westergaard, T., Mortensen, P. B., Pedersen, C. B., Wohlfahrt, J. & Melbye, M. (1999) Exposure to prenatal and childhood infections and the risk of schizophrenia: suggestions from a study of sibship characteristics and influenza prevalence. *Arch.Gen.Psychiatry*, **56**, 993-998.
- Whitley, R., Kirmayer, L. J. & Groleau, D. (2006) Understanding immigrants' reluc-

tance to use mental health services: a qualitative study from Montreal.

*Can.J.Psychiatry.*, **51**, 205-209.

Wicks, S., Hjern, A., Gunnell, D., Lewis, G. & Dalman, C. (2005) Social adversity in childhood and the risk of developing psychosis: a national cohort study. *Am.J.Psychiatry*, **162**, 1652-1657.

Yang, Y. F., Qin, W., Shugart, Y. Y., He, G., Liu, X. M., Zhou, J., Zhao, X. Z., Chen, Q., La, Y. J., Xu, Y. F., Li, X. W., Gu, N. F., Feng, G. Y., Song, H., Wang, P. & He, L. (2005) Possible association of the MAG locus with schizophrenia in a Chinese Han cohort of family trios. *Schizophr.Res.*, **75**, 11-19.

Zolkowska, K., Cantor-Graae, E. & McNeil, T. F. (2001) Increased rates of psychosis among immigrants to Sweden: is migration a risk factor for psychosis? *Psychol.Med*, **31**, 669-678.

Ödegaard, Ö. Emigration and Insanity. A study of mental disease among the norwegianborn population of Minnesota. *Acta Psychiatrica et Neurologica Suppl.IV* , 5-201. 1932.

**Denne rapport beskriver kontaktmønsteret til det psykiatriske behandlingssystem blandt personer af forskellig etnisk herkomst. Den er baseret på data i de danske sundhedsregistre om alle personer, der i 2003 har haft kontakt til sygehuse eller distriktpsychiatri, og belyser de ofte markante etniske forskelle i forekomsten og karakteren af psykiske sygdomme.**

**Rapporten belyser mulige årsager til, at nogle psykiske sygdomme forekommer hyppigere blandt indvandrere og efterkommere end blandt etnisk danske og påpeger behovet for konkret forebyggelse.**

**Rapporten er udarbejdet af Videnscenter for Transkulturel Psykiatri, Psykiatrisk Klinik Rigshospitalet, Psykiatrivirksomheden Region Hovedstaden i et samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed.**



**Psykiatrivirksomheden**