



Psykisk syges sundhed i Region Midtjylland

En analyse baseret på *Hvordan har du det? 2006 og 2010*

Maj 2012

Finn Breinholt Larsen & Ane Lykke Nielsen
Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
www.cfk.rm.dk

midt
regionmidtjylland

Indledning

I det følgende beskrives psykisk syge borgeres sundhed i Region Midtjylland på baggrund af oplysninger fra *Hvordan har du det? 2006* og *Hvordan har du det? 2010*. Analyserne omfatter personer i aldersgruppen 25-79 år med dansk etnisk baggrund.

Der fokuseres især på den fysiske side af helbredet, idet der er en stigende erkendelse af, at der er behov for en særlig indsats på dette felt. Mennesker med psykisk sygdom kæmper ofte med andre helbredsproblemer ved siden af de psykiske lidelser.

Det antages, at den markant højere dødelighed, der er hos psykisk syge, til dels skyldes en højere belastning af risikofaktorer for udvikling af livsstilssygdomme og en heraf følgende større forekomst af disse sygdomme^{1 2 3}. Det giver grund til at tro, at man gennem en veltilrettelagt forebyggelses- og behandlingsindsats kan mindske forskellen i middellevetid mellem borgere med psykisk sygdom og resten af befolkningen.

Det er ved tilrettelæggelse af en sådan indsats vigtigt at vide noget om de psykisk syges motivation for at ændre sundhedsvaner samt hvilke sociale ressourcer, de disponerer over. Det har endvidere interesse at beskrive de psykisk syges brug af de forskellige dele af sundhedsvæsnet.

Følgende emner behandles i rapporten:

- Somatiske sygdomme
- Multisygdom
- Risikofaktorer for udvikling af livsstilssygdomme
- Motivation for at ændre sundhedsadfærd
- Sociale ressourcer
- Kontakten med sundhedsvæsnet

Data og metode

Hvordan har du det? 2006 og *Hvordan har du det? 2010* indeholder en række oplysninger om sundhedstilstanden hos Region Midtjyllands voksne befolkning, herunder informationer om langvarig sygdom, selvvurderet helbred, sundhedsvaner og motivation for at ændre vaner.

Data er indsamlet fra et repræsentativt udsnit af borgere bosiddende i Region Midtjylland ved hjælp af spørgeskemaer, som svarpersonerne selv har udfyldt. I 2006 blev spørgeskemaerne udsendt til 31.500 borgere og i 2010 til 52.400 borgere.

Psykisk syge er her defineret ved de svarpersoner i undersøgelsen, der oplyser, at de har en vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser eller eftervirkninger heraf. I

undersøgelsen er der desuden spurgt til forekomsten af forbigående psykiske lidelser (fx let depression eller angst). Personer, der udelukkende rapporterer forbigående psykiske lidelser, er ikke medregnet til gruppen af psykisk syge i nærværende undersøgelse.

I såvel 2006 som i 2010 angav 3%, at de havde vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser eller eftervirkninger heraf blandt personer i aldersgruppen 25-79 år med dansk etnisk baggrund. Dette svarer til ca. 25.000 personer. Til sammenligning angav 11% i 2006 og 12% i 2010, at de havde en forbigående psykisk lidelse.

De psykisk syge sammenholdes med den øvrige befolkning i 2006 og 2010, og udviklingen over tid beskrives. Svarprocenten var 69% i begge undersøgelser for den her analyserede del af befolkningen set under ét. Da der er tale om selvrapporert sygdom, er det ikke muligt at opgøre svarprocenten separat for personer med psykisk sygdom. Det må dog antages, at svarprocenten for personer med psykisk sygdom er lavere. Til støtte for denne antagelse kan nævnes, at der var en svarprocent på 45% blandt personer, der havde været i kontakt med psykiatrien i årene 2007-2010 opgjort ud fra registerdata, og som indgik i stikprøven til *Hvordan har du det? 2010* – også her opgjort blandt personer i aldersgruppen 25-79 år med dansk etnisk baggrund.

Data omfatter 509 svarpersoner med psykisk sygdom i 2006 og 692 med psykisk sygdom i 2010. Der var 20.841 svarpersoner uden psykisk sygdom i 2006 og 26.791 uden psykisk sygdom i 2010.

Ved analyserne er der vægtet for forskelle i svarprocent i forhold til en række baggrundsvARIABLE. Se hovedrapporten for *Hvordan har du det? 2010* for en nærmere beskrivelse vægtningsproceduren⁴. Svarpersoner med psykisk sygdom har i gennemsnit en vægt på 1,15 sammenholdt med et gennemsnit med på 1,00 for svarpersonerne som helhed. Gruppen af psykisk syge er således vægtet op i analyserne, hvilket bekræfter antagelsen om en lavere svarprocent i denne gruppe. Det skal dog understreges, at der i vægtningsproceduren ikke indgår oplysninger om psykisk sygdom, så det er ikke muligt fuldt ud at korrigere for en eventuelt lavere svarprocent blandt de psykisk syge.

Man skelner inden for epidemiologien mellem deskriptiv og analytisk epidemiologi. Den deskriptive epidemiologi beskriver den faktiske forekomst af sygdomme og risikofaktorer m.v. indenfor udvalgte befolkningsgrupper. Det giver et billede af størrelse og hyppighed af de undersøgte fænomener. Det er bl.a. relevant at kende, når man skal formulere politikker og strategier for et område. Den analytiske epidemiologi søger efter forklaringer på de fænomener, der undersøges, ved at anvende forskningsmetoder, hvor man forsøger at isolere effekten af de enkelte faktorer. Det kan ske både gennem multivariate statistiske analyser af data fra observationsstudier, og gennem kontrollerede forsøg. I nærværende rapport er valgt en deskriptiv tilgang. Der er derfor ikke justeret for forskelle i køn, alder m.v. mellem gruppen af psykisk syge og den øvrige befolkning.

Data er analyseret ved hjælp af survey-procedurerne i Stata 12.0. Det er undersøgt, om der ved de undersøgte variable er statistisk signifikante forskelle 1) mellem psykisk syge og den øvrige befolkningen i henholdsvis 2006 og 2010 og 2) mellem psykisk syge i 2006 og 2010. Til formålet er anvendt Pearsons χ^2 -test, og det er benyttet et signifikansniveau på $\alpha \leq 0,05$.

Somatiske sygdomme hos psykisk syge

Opgørelsen foretages på baggrund af den selvrapporterede forekomst af 15 langvarige somatiske sygdomme (se tabel 1 for en liste over sygdommene). Der er tale om såvel aktuel sygdom som eftervirkninger af sygdom.

Tabel 1. Langvarige somatiske sygdomme hos borgere med psykisk sygdom sammenholdt med den øvrige befolkning. Borgere i Region Midtjylland i alderen 25-79 år med dansk etnisk baggrund.

	2006			2010		
	Psykisk syge Pct	Øvrige befolkning Pct	Forskel i pct-point	Psykisk syge Pct	Øvrige befolkning Pct	Forskel i pct-point
Forhøjet blodtryk	17	14	3	20	18	2
Hjertekrampe	3	2	1	5	2	3*
Blodprop i hjertet	3	1	2*	3	1	2*
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	4	1	3*	5	1	4*
Sukkersyge	6	4	2	8	5	3*
Kræft	2	2	0	2	2	0
Kronisk bronkitis, emfysem, KOL	11	4	7*	12	4	8*
Astma	12	6	6*	13	6	7*
Allergi	23	16	7*	23	18	5*
Gigt	33	19	14*	33	22	11*
Knogleskørhed	4	2	2	5	3	2*
Diskusprolaps, anden ryg sygdom	25	13	12*	21	13	8*
Migræne, hyppig hovedpine	31	14	17*	29	14	15*
Tinnitus	19	10	9*	18	11	7*
Grå stær	4	2	2*	5	3	2*

Kilde: *Hvordan har du det? 2006 og 2010*. Selvrapporterede data. Gruppen af psykisk syge er afgrænset til respondenter, der oplyser, at de har en vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser, eller at de lider under eftervirkninger heraf. *: statistisk signifikant forskel ($p < 0,05$).

Som det fremgår af tabel 1, er det generelle billede, at de langvarige somatiske sygdomme er langt hyppigere blandt psykisk syge end blandt den øvrige befolkning i Region Midtjylland. Dette gælder for såvel livsstilssygdomme som for de andre langvarige somatiske sygdomme i

både 2006 og 2010. Kun i forhold til kræftsygdomme er der ingen forskel mellem de to grupper.

Forskellene mellem de to grupper er signifikant forskellige fra nul ved næsten alle de somatiske sygdomme. Dog ikke i forhold til forhøjet blodtryk og i 2006 heller ikke i forhold til hjertekrampe, sukkersyge og knogleskørhed.

Eksempelvis er der i 2010 tre gange så mange psykisk syge, der har haft en blodprop i hjertet, og der er fire gange så mange blandt de psykisk syge, der har haft en hjerneblødning eller en blodprop i hjernen.

Der er ligeledes tre gange så mange psykisk syge, der lider af en kronisk lungesygdom (kronisk bronkitis, emfysem, KOL), og i forhold til migræne eller hyppig hovedpine er forekomsten dobbelt så stor blandt de psykisk syge i forhold til den øvrige befolkning.

Der er ingen tydelige tendenser i udviklingen i somatisk sygdomme blandt psykisk syge fra 2006 til 2010, og der er ingen signifikante forskelle i forekomsten af sygdomme mellem de to år (ikke vist i tabellen).

Multisygdom hos psykisk syge

Multisygdom er defineret ved, at en person har to eller flere langvarige sygdomme samtidigt⁵. I det følgende opgøres multisygdom ved optælling af sygdomme: psykisk sygdom + antallet af langvarige somatiske sygdomme blandt de 15 sygdomme, der er nævnt i tabel 1. Dermed defineres psykisk syge, der har mindst én langvarig somatisk sygdom, som multisyge.

Tabel 2 viser en oversigt over multisygdom blandt psykisk syge borgere i Region Midtjylland.

Tabel 2. Multisygdom hos borgere med psykisk sygdom sammenholdt med den øvrige befolkning. Borgere i Region Midtjylland i alderen 25-79 år med dansk etnisk baggrund.

	2006			2010		
	Psykisk syge Pct	Øvrige befolkning Pct	Forskel i pct-point	Psykisk syge Pct	Øvrige befolkning Pct	Forskel i pct-point
Ingen sygdom	0	41	-41*	0	36	-36*
Én sygdom	25	30	-5	23	31	-8*
To sygdomme	24	16	8*	23	18	5*
Tre sygdomme	20	8	13*	20	9	11*
Fire eller flere sygdomme	31	5	26*	35	7	28*
	100	100		100	100	

Kilde: *Hvordan har du det? 2006 og 2010*. Selvrapporterede data. Gruppen af psykisk syge er afgrænset til respondenter, der oplyser, at de har en vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser, eller at de lider under eftervirkninger heraf. *: statistisk signifikant forskel ($p < 0,05$).

Som det fremgår af tabel 2 er multisygdom udbredt blandt psykisk syge. Dette billede gælder for såvel 2006 som 2010.

I 2006 havde 75% af de psykisk syge mindst én af de i tabel 1 nævnte somatiske lidelser. I 2010 var procentdelen 77%. Dermed var mere end 7 ud af 10 af de psykisk syge i 2006 og 2010 multisyge. Blandt den øvrige befolkning var forekomsten af multisygdom væsentligt lavere, idet 29% i 2006 havde to eller flere langvarige sygdomme. I 2010 var andelen af multisyge blandt den øvrige befolkning 33%.

51% af de psykisk syge havde i 2006 tre eller flere langvarige sygdomme. I 2010 var det 55%. 3 ud af 10 psykisk syge havde begge år fire eller flere langvarige sygdomme inklusiv den psykiske lidelse.

Differencen mellem de psykisk syge og den øvrige befolkning er stor og statistisk signifikant. Der er ikke sket nogen signifikant forøgelse af andelen med multisygdom blandt de psykisk syge fra 2006 til 2010 (ikke vist i tabellen).

Selvvurderet helbred hos psykisk syge

Selvvurderet helbred er en persons egen vurdering af sin helbredstilstand. Selvvurderet helbred kan betragtes som personens opsummering af en række helbredsforhold, der ikke beskrives udtømmende ved en opstilling af symptomer, sygdomme og risikofaktorer⁶. Vurderingen indeholder vigtig information om helbredet og er ikke blot en erstatning for en lægelig vurdering, når en sådan af praktiske eller økonomiske grunde ikke kan gennemføres.

Undersøgelser har dokumenteret, at personer med dårligt selvvurderet helbred har en øget risiko for bl.a. død, kræft, hjertesygdomme, brug af sundhedsvæsenet, sygefravær, medicinbrug, nedsat funktionsevne, arbejdsløshed og førtidspension^{7 8}. Selvvurderet helbred har vist sig at være en selvstændig faktor til forudsigelse af lægebesøg, hospitalsindlæggelser og død selv efter, at der er korrigeret for sygdom, livsstil og demografiske forhold^{9 10 11}.

Selvvurderet helbred er i undersøgelsen belyst ved hjælp af spørgsmålet "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?" med svarmulighederne: "Fremragende", "Vældig godt", "Godt", "Mindre godt" og "Dårligt".

De tre første svarmuligheder betegnes i det følgende som "Godt helbred", mens de to sidste svarmuligheder betegnes som "Dårligt helbred".

Som det fremgår af tabel 3, er der en stor og statistisk signifikant forskel på selvvurderet helbred når man sammenholder gruppen af psykisk syge overfor den øvrige befolkning.

I 2006 angav 40% af de psykisk syge, at de havde et godt selv vurderet helbred. Til sammenligning angav 87% af den øvrige befolkning, at de havde et godt selv vurderet helbred. Det er således en forskel på 47 procentpoint.

Tabel 3. Selvvurderet helbred hos borgere med psykisk sygdom sammenholdt med den øvrige befolkning. Borgere i Region Midtjylland i alderen 25-79 år med dansk etnisk baggrund.

	2006			2010		
	Psykisk syge Pct	Øvrige befolkning Pct	Forskel i pct-point	Psykisk syge Pct	Øvrige befolkning Pct	Forskel i pct-point
Godt selv vurderet helbred						
Ja	40	87	47*	48	87	39*
Nej	60	13	47*	52	13	39*
	100	100		100	100	

Kilde: *Hvordan har du det? 2006 og 2010*. Selvrapporterede data. Gruppen af psykisk syge er afgrænset til respondenter, der oplyser, at de har en vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser, eller at de lider under eftervirkninger heraf. *: statistisk signifikant forskel ($p < 0,05$).

I 2010 var gabet mellem de to grupper reduceret noget, idet 48% af de psykisk syge angav, at de havde et godt selv vurderet helbred. Blandt den øvrige befolkning var andelen i 2010 den samme som i 2006, nemlig 87%.

Forøgelsen af andelen blandt psykisk syge med et godt selv vurderet helbred fra 40% i 2006 til 48% i 2010 er statistisk signifikant (ikke vist i tabellen).

Livsstilelsrisici hos psykisk syge

Gruppen af psykisk syge har en betydelig højere belastning med livsstilelsrisici end den øvrige befolkning. Det gælder for samtlige risikofaktorer, der er medtaget i analysen. Det giver en meget høj samlet belastning og dermed en høj risiko for at udvikle livsstilelsygdomme.

Som det fremgår af tabel 4, er der ved nogle sundhedsvaner sket en positiv udvikling i livsstilelsrisici blandt den voksne befolkning i Region Midtjylland fra 2006 til 2010. Det gælder rygning, fysisk aktivitet og kost. Denne udvikling ses ikke for alkohol og overvægt eller søvn, hvor risikobelastningen tværtimod er øget. Med hensyn til stressniveau er der ingen ændringer hverken i positiv eller negativ retning. Det skal dog bemærkes, at der for alkohol og søvn er sket ændringer i måden at spørge på fra 2006 til 2010. For alkohols vedkommende formodes det at have ført til, at flere rapporterer et alkoholforbrug, der ligger over genstandsgrænserne, så data er ikke fuldt sammenlignelige. Hvad angår søvn, er det uvist, om ændringen i spørgsmålsformuleringen har øget eller mindsket tilbøjeligheden til at rapportere om søvnbesvær.

Den positive udvikling i forhold til rygning, fysisk aktivitet og kost kan også spores hos de psykisk syge, men udviklingen sker ikke i samme tempo som hos den øvrige del af befolkning. Ingen af ændringerne fra 2006 til 2010 er statistisk signifikante på nær stigningen i andelen,

der rapporterer om søvnproblemer. I forvejen var risikobelastningen betydeligt højere hos psykisk syge i 2006. Resultatet er, at gabet mellem psykisk syge og resten af befolkningen er øget for en række af de risici, der disponerer for livsstilssygdomme.

Tabel 4. Livsstilsrisici hos borgere med psykisk sygdom sammenholdt med den øvrige befolkning. Borgere i Region Midtjylland i alderen 25-79 år med dansk etnisk baggrund. 2006 og 2010.

	2006			2010		
	Psykisk syge Pct	Øvrige befolkning Pct	Forskel i pct-point	Psykisk syge Pct	Øvrige befolkning Pct	Forskel i pct-point
Rygning						
Ryger dagligt	44	26	18*	41	21	20*
Fysisk aktivitet						
Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden	35	46	11*	39	54	15*
Alkohol						
Drikker over genstandsgrænserne	22	16	6*	26	22	4
Tegn på alkoholafhængighed	27	15	12*	25	15	10*
Kost						
Usundt kostmønster	18	14	4	20	12	8*
Middelsundt kostmønster	64	65	1	60	64	4
Sundt kostmønster	17	21	4	20	25	5*
Overvægt						
Svært overvægtig (BMI 30+)	23	13	10*	28	15	13*
Stress						
Højt stressniveau (PSS 16+)	78	19	59*	79	19	60*
Søvn						
Meget generet af søvnproblemer	27	5	22*	37	9	28*

Kilde: *Hvordan har du det? 2006 og 2010*. Selvrapporterede data. Gruppen af psykisk syge er afgrænset til respondenter, der oplyser, at de har en vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser, eller at de lider under eftervirkninger heraf. Genstandsgrænserne er for kvinder 14 genstande om ugen og for mænd 21 genstande om ugen. *: statistisk signifikant forskel ($p < 0,05$).

Rygning. I 2006 var 44% af de psykisk syge dagligrygere mod 26% i den øvrige befolkning. I 2010 var rygerandelen for de to grupper reduceret til henholdsvis 41% og 21%. Gabet i rygerandel blev således et par procentpoint større.

Fysisk aktivitet. I 2006 dyrkede 35% af de psykisk syge idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden mod 46% af den øvrige befolkning. I 2010 var andelen af motionsaktive øget til 39% for de psykisk syge og til 54% for den øvrige befolkning. Gabet i andelen af motionsaktive blev øget med 4 procentpoint.

Alkohol. Alkohol er et område, der adskiller sig fra de øvrige risikofaktorer, idet udviklingen her har været mindre gunstig i den øvrige del af befolkningen end hos de psykisk syge.

I 2006 drak 22% af de psykisk syge over genstandsgrænserne (14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande om ugen for mænd), mens andelen var 26% i 2010. Hos den øvrige del af befolkningen steg andelen fra 16% til 22% i den samme periode. Dermed reduceredes forskellen mellem de to grupper fra en forskel på seks procentpoint til en forskel på fire procentpoint. Som nævnt er data fra 2006 og 2010 ikke fuldt sammenlignelige på grund af ændringer i måden at spørge til alkoholforbrug på.

Tegn på alkoholafhængighed målt på CAGE-C¹². Blandt de psykisk syge havde 27% i 2006 og 25% i 2010 tegn på alkoholafhængighed, mens andelen var 15% i den øvrige befolkning i både 2006 og 2010.

Kost. I 2006 havde 18% af de psykisk syge et usundt kostmønster mod 14% i den øvrige befolkning. I 2010 var andelen øget til 20% hos de psykisk syge og reduceret hos den øvrige befolkning til 12%. Gabet i andelen med et usundt kostmønster blev øget med 4 procentpoint.

I 2006 havde 17% af de psykisk syge et sundt kostmønster mod 21% i den øvrige befolkning. I 2010 var andelen øget til 20% hos psykisk syge og til 25% i den øvrige befolkning. Gabet i andelen med et sundt kostmønster blev øget med et procentpoint.

Overvægt. I 2006 var andelen af svært overvægtige (BMI 30+) blandt psykisk syge 23% og 13% i resten af befolkning. I 2010 var andelen øget hos psykisk syge til 28% og til 15% hos den øvrige befolkning. Gabet i andelen med svær overvægt blev øget med 3 procentpoint.

Stress. Stressniveauet er generelt langt højere hos personer med en psykisk sygdom end i resten af befolkningen. I 2006 havde 78% af de psykisk syge et højt stressniveau defineret som en score på 16 point eller mere på *Perceived Stress Scale*^{13 14}, i 2010 var det 79%. Andelen med et højt stressniveau i resten af befolkningen var 19% i både 2006 og 2010.

Søvn. I 2006 angav 27% af de psykisk syge, at de var meget generet af søvnproblemer. Tilsvarende var andelen 5% blandt den øvrige befolkning. I 2010 var andelen hos de psykisk syge og i den øvrige befolkning steget til henholdsvis 37% og 9%. Dermed øgedes forskellen mellem de to grupper med 6 procentpoint. Som nævnt er data fra 2006 og 2010 dog ikke fuldt sammenlignelige.

Motivation for at ændre sundhedsvaner

Tabel 5 viser andelen, der ønsker at ændre sundhedsvaner. Generelt er de psykisk syge mere motiverede for at ændre deres sundhedsvaner end den øvrige befolkning. Eneste undtagelse af rygning, hvor motivationen for at holde op blandt psykisk syge rygere er på niveau med motivationen hos rygerne i den øvrige del af befolkningen.

Rygning. I 2006 angav 48% af de psykisk syge dagligrygere, at de ønskede at holde op med at ryge. Denne andel var stort set den samme som blandt dagligrygerne i den øvrige befolkning, hvor 47% ønskede at stoppe.

For begge grupper er andelen af dagligrygere, der ønsker at holde op med at ryge, steget markant fra 2006 til 2010, hvilket sandsynligvis skyldes en ændring i måden at spørge til ønske om rygeophør på. I 2006 havde man mulighed for at svare "Ja", "Nej", "Ved ikke", mens der i 2010 var fire svarmuligheder: "Nej", "Ja, men jeg har ikke planlagt hvornår", "Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 6 måneder" og "Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 1 måned. De tre sidste svarmuligheder er i nærværende analyse slået sammen til kategorien "Ja". Forskellen mellem grupperne er øget en anelse fra 2006 til 2010. I 2010 ville 69% af de psykisk syge dagligrygere gerne holde op med at ryge, mens 74% af dagligrygerne i den øvrige befolkning angav et ønske om rygestop. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant.

Table 5. Motivation for at ændre sundhedsvaner hos borgere med psykisk sygdom sammenholdt med den øvrige befolkning. Borgere i Region Midtjylland i alderen 25-79 år med dansk etnisk baggrund.

	2006			2010		
	Psykisk syge Pct	Øvrige befolkning Pct	Forskel i pct-point	Psykisk syge Pct	Øvrige befolkning Pct	Forskel i pct-point
Rygning (kun dagligrygere)						
Ønsker at holde op med at ryge	48	47	1	69	74	-5
Fysisk aktivitet						
Ønsker at være mere fysisk aktiv	68	65	3	75	68	7*
Alkohol						
Ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug - alle	16	6	10*	16	6	10*
Ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug - personer med tegn på afhængighed	47	31	16*	50	34	17*
Kost						
Ønsker at spise sundere	-	-	-	66	56	10*
Overvægt (kun svært overvægtige)						
Ønsker i høj grad at tabe sig	62	54	8	70	57	13*

Kilde: *Hvordan har du det?* 2006 og 2010. Selvrapporterede data. Gruppen af psykisk syge er afgrænset til respondenter, der oplyser, at de har en vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser, eller at de lider under eftervirkninger heraf. *: statistisk signifikant forskel ($p < 0,05$). I forhold til spørgsmålet om man ønsker at spise sundere, findes kun data fra 2010.

Fysisk aktivitet. I forhold til et ønske om mere fysisk aktivitet er gabet mellem de to grupper øget fra 2006 til 2010. I 2006 angav 68% af de psykisk syge, at de ønskede at være mere fysisk aktive. Dette tal var steget til 75% i 2010. Til sammenligning ønskede 65% blandt den øvrige befolkning at være mere fysisk aktiv i 2006. Denne andel var steget til 68% i 2010. Der er

således flest blandt de psykisk syge, der ønsker at være mere fysisk aktive. I 2010 var forskellen på de to grupper 7 procentpoint, hvilket var statistisk signifikant.

Alkohol. 16% af de psykisk syge ønskede at nedsætte deres alkoholforbrug, mens kun 6% af den øvrige befolkning ønskede at nedsætte alkoholforbruget i såvel 2006 som i 2010. Forskellen mellem de to grupper var således 10 procentpoint.

Blandt psykisk syge med tegn på alkoholafhængighed er der flere, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug end i den tilsvarende gruppe i den øvrige befolkning. Andelen var 47% i 2006 og 50% i 2010. Blandt den øvrige del af befolkningen med tegn på alkoholafhængighed var der i 2006 31% og i 2010 34%, der ønskede at nedsætte forbruget. Der var henholdsvis 16 og 17 procentpoint flere blandt de psykisk syge, der ønskede at nedsætte deres alkoholforbrug

Kost. I 2010 angav 66% af de psykisk syge, at de ønskede at spise sundere. Det er 10% mere end de 56% blandt den øvrige befolkning, der ønskede at spise sundere.

Overvægt. I forhold til gruppen af svært overvægtige ses der ligeledes en tendens til, at de psykisk syge i højere grad er motiverede til et vægttab end de svært overvægtige blandt den øvrige befolkning. I 2006 ønskede 62% af de svært overvægtige psykisk syge "i høj grad" at tabe sig mod 54% blandt de svært overvægtige i den øvrige befolkning. I 2010 var andelen henholdsvis 70% og 57%. Forskellen i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, er således øget med 5 procentpoint.

Sociale ressourcer hos psykisk syge

Motivation er en vigtig, men ikke tilstrækkelig betingelse for at for at ændre sundhedsvaner – fx at holde op med at ryge. Den enkelte skal også have de fornødne ressourcer til at gennemføre ændringerne. Erfaringsmæssigt har mennesker med mange ressourcer lettere ved at omsætte ønsker om ændringer i dagligdagen til praktisk handling end mennesker med få ressourcer.

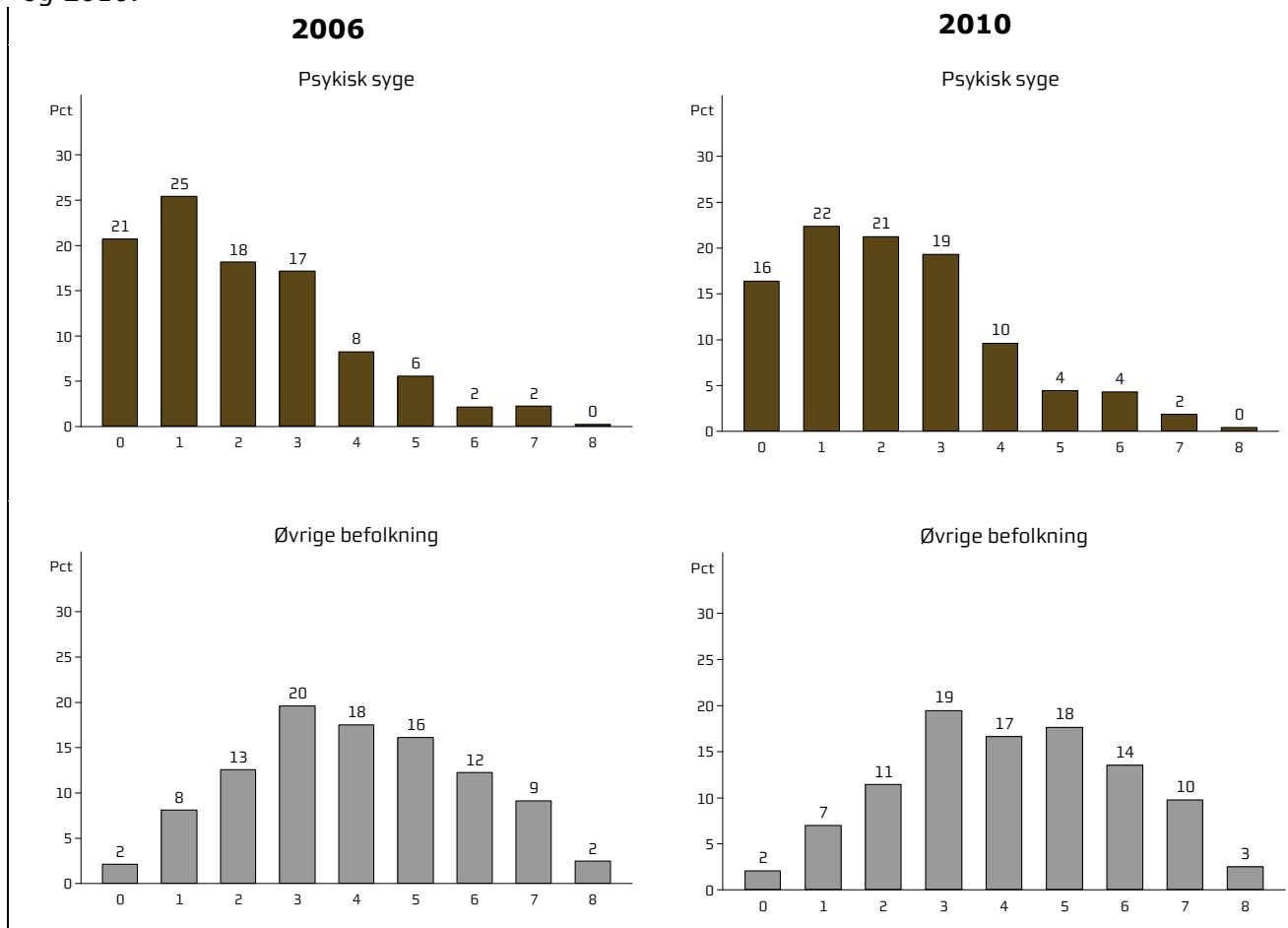
Det er derfor relevant at beskrive forekomsten af sociale ressourcer hos gruppen af psykisk syge. Til det formål er benyttet et indeks for levkårsressourcer.

Indekset for levkårsressourcer er opgjort ud fra, hvorvidt borgeren er *gift*, har *børn*, har en *boglig uddannelse*, har en *erhvervsindkomst*, har en *indkomst på 250.000 kr. eller mere*, er *funktionær/selvstændig*, har et *lederjob* samt *ejer sin bolig*. Der gives ét point for hvert bekræftende svar, og det maksimale antal point i indekset er således 8¹⁵.

Disse faktorer er valgt, da de udgør almindeligt eftertragtede ressourcer, som mennesker kan bruge til at realisere en bred vifte af mål i tilværelsen med. Det antages, at jo højere en

personen scorer på indekset for levekårsressourcer, jo lettere vil vedkommende have ved at realisere eventuelle ønsker om at leve sundere.

Figur 1. Levekårsressourcer hos borgere med psykisk sygdom sammenholdt med den øvrige befolkning. Borgere i Region Midtjylland i alderen 25-79 år med dansk etnisk baggrund. 2006 og 2010.



Kilde: *Hvordan har du det? 2006 og 2010*. Selvrapporterede data. Gruppen af psykisk syge er afgrænset til respondenter, der oplyser, at de har en vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser, eller at de lider under eftervirkninger heraf. Indekset for levekårsressourcer er opgjort ud fra, hvorvidt borgeren er gift, har børn, har en boglig uddannelse, har en erhvervsindkomst, har en indkomst på 250.000 kr. eller mere, er funktionær/selvstændig, har et lederjob samt ejer sin bolig. Der gives ét point for hvert bekræftende svar, og det maksimale antal point i indekset er således 8.

I figur 1 ses levekårsressourcerne hos de psykisk syge borgere i Region Midtjylland sammenholdt med levekårsressourcerne for den øvrige befolkning.

Det fremgår, at der er markant flere resourcesvage blandt de psykisk syge end i den øvrige befolkning. Fx scorede 64% af de psykisk syge i 2006 mindre end 3 point på indekset for levekårsressourcer mod 23% i den øvrige befolkning. I 2010 var de tilsvarende tal henholdsvis 59% og 20%.

Når man hertil lægger, at den psykiske lidelse i sig selv ofte er en væsentlig hindring for livsstilsændringer, understregner det betydningen af, at de psykisk syge, der ønsker at lægge deres sundhedsvaner om, gives ekstra støtte til at realisere disse ønsker.

Kontakten med sundhedsvæsnet

Psykisk syge er hyppige brugere af sundhedsvæsnet – ikke blot psykiatrien. I tabel 6 indeholder oplysninger om kontakt til sundhedsvæsnet og forbrug af sundhedsydelse i 2010. Alle forbrugsdata er baseret på registeroplysninger.

Tabel 6. Kontakt med sundhedsvæsnet hos borgere med psykisk sygdom sammenholdt med den øvrige befolkning. Borgere i Region Midtjylland i alderen 25-79 år med dansk etnisk baggrund.

	2010		Forskelse
	Psykisk syge	Øvrige befolkning	
Antal kontakter til praktiserende læge	Antal	Antal	Forskelse i antal
Gennemsnit	23	12	11*
Kategoriseret	Pct	Pct	Forskelse i pct-point
0-3	7	24	-16*
4-6	8	18	-10*
7-11	17	22	-4*
12-18	20	18	2
19 +	48	19	29*
	100	100	
Kontakt til somatisk sygehus – ambulante eller indlæggelse	Pct	Pct	Forskelse i pct-point
Andel	61	50	11*
Ambulant kontakt til somatisk sygehus	Pct	Pct	Forskelse i pct-point
Andel	60	49	11*
Indlæggelse på somatisk sygehus	Pct	Pct	Forskelse i pct-point
Mindst én indlæggelse	18	12	6*
Mindst to indlæggelser	9	4	5*
Mindst tre indlæggelser	5	2	3*
Kontakt til behandlingspsykiatrien	Pct	Pct	Forskelse i pct-point
Andel	0,6	21	20*

Kilde: *Hvordan har du det? 2010* og registerdata fra eSundhed og psykiatriens patientregistre. Gruppen af psykisk syge er afgrænset til respondenter, der oplyser, at de har en vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser, eller at de lider under eftervirkninger heraf. *: statistisk signifikant forskel ($p < 0,05$).

Psykisk syge har i gennemsnit dobbelt så mange kontakter til den praktiserende læge som den øvrige befolkning – henholdsvis 23 og 12 kontakter. Næsten halvdelen har 19 eller flere kontakter mod en femtedel i den øvrige del af befolkningen.

61% af de psykisk syge har haft kontakt til et somatisk sygehus i løbet af 2010, ambulat eller i form af indlæggelse. For den øvrige del af befolkning er andelen 50%.

18% af de psykisk syge har været indlagt på et somatisk sygehus i 2010 mod 12% af resten af befolkningen. Én ud af 10 har haft to eller flere indlæggelser, mens én ud af 20 har haft tre eller flere indlæggelser. De tilsvarende tal for den øvrige befolkning er én ud af 25 og én ud af 50.

20% af de psykisk syge har haft kontakt med behandlingspsykiatrien (ambulant eller i form af indlæggelse) i 2010 mod 0,6% af den øvrige befolkning.

I gennemsnit har de psykisk syge brugt for 17.200 kr. sygehusydelse i det somatiske sygehusvæsen i 2010 opgjort som DRG-forbrug. Til sammenligning har den øvrige befolkning brugt 12.500 kr. Der er således en forskel i forbrug på et år på 4.700 kr. pr. person.

Konklusion

Ud fra ovenstående analyser er det tydeligt, at gruppen af psykisk syge er særligt belastede af somatiske sygdomme herunder en række livsstilssygdomme med en høj dødelighed. 13 ud af 15 langvarige somatiske sygdomme forekommer hyppigere blandt psykisk syge end blandt den øvrige befolkning.

Multisygdom – forekomsten af to eller flere langvarige sygdomme samtidigt - er ligeledes meget udbredt blandt psykisk syge.

De psykisk syge borgere i Region Midtjylland vurderer desuden i langt højere grad deres helbred som dårligt sammenlignet med den øvrige befolkning.

I forhold til livsstilsrisici er der også en øget risikobelastning blandt psykisk syge, hvilket er konsistent i forhold til den store forekomst af langvarige somatiske sygdomme. Der ses en svag tendens til, at risikobelastningen er faldet fra 2006 til 2010 blandt de psykisk syge, men udviklingen går langsommere end i den øvrige befolkning. Forskellen i risikobelastning mellem de psykisk syge og den øvrige befolkning er derfor øget fra 2006 til 2010.

Når man ser på motivationen for at ændre sundhedsvaner, er der en høj motivation hos psykisk syge – gennemgående højere end hos den øvrige befolkning – og der er generelt tale om en stigning i motivationen fra 2006 til 2010.

I forhold til sociale ressourcer, er det tydeligt, at gruppen af psykisk syge er en ressourcetsvag gruppe.

Analysen viser desuden, at psykisk syge har hyppige kontakter til praktiserende læge og de somatiske sygehuse.

Alt i alt peger tallene på, at der er et stort behov for en målrettet forebyggelsesindsats i forhold til livsstilssygdomme blandt psykisk syge og formentlig også en bedre koordinering af behandlingen af langvarige somatiske sygdomme - de mange kontakter til sundhedsvæsnet taget i betragtning.

Samtidigt er der en stor motivation for livsstilsændringer at bygge forebyggelsesindsatsen på. Da mange af de psykisk syge har markant færre sociale ressourcer at trække på, end den øvrige befolkning, er der imidlertid behov for særlig støtte til psykisk syge, som ønsker at lægge deres livsstil om.

Sundhedsvæsnet – ikke blot behandlingspsykiatrien – er en mulig arena for forebyggelse i forhold til psykisk syge, netop fordi mange i gruppen ofte er i kontakt med sundhedsprofessionelle i form af egen læge og personalet på de somatiske sygehuse.

Referencer

- ¹ Wahlbeck K. et al. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2011 May 18. [Epub ahead of print].
- ² Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis* 2006, Dis 3: A42.
- ³ Laursen TM, Munk-Olsen T, Gasse C. Chronic Somatic Comorbidity and Excess Mortality Due to Natural Causes in Persons with Schizophrenia or Bipolar Affective Disorder. *PloS ONE* sept. 2011, 6(9), e24597.
- ⁴ Larsen FB, Ankersen PV, Poulsen S. Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner. Voksne. 2011 Aarhus, Center for Folkesundhed.
- ⁵ Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: How should understanding of multimorbidity inform health system design? *Public Health Review* 2010, 32(2): 451-474.
- ⁶ Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009 Aug;69(3):307-16.
- ⁷ Kristensen TS, Bjørner J, Smith-Hansen L, Borg V, Skov T. Selvvurderet helbred og arbejdsmiljø – Er selvvurderet helbred et frugtbart og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse? København, Arbejdsmiljøfondet 1998.
- ⁸ Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty seven community studies. *J Health Soc Beh* 1997; 38: 21-37.
- ⁹ Dominick KL, Ahern FM, Gold CH, Heller DA. Relationship of health related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. *Aging Clin Exp Res* 2002; 14(6): 499-508.
- ¹⁰ DeSalvo KB, Jones TM, Peabody J, McDonald J, Fihn S, Fan V, He J, Muntner P. Health care expenditure prediction with a single item, self-rated health measure. *Med Care*. 2009 Apr;47(4):440-7.
- ¹¹ DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2006 Mar;21(3):267-75.
- ¹² Zierau F et al: Validation of a self-administered modified CAGE test (CAGE-C) in a somatic hospital ward. Comparison with biochemical markers. *Scand J Clin Lab invest* 2005; 65:615-22.
- ¹³ Cohen, S., Kamarck, T., and Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 386-396.
- ¹⁴ Cohen, S. and Williamson, G. Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. Spacapan, S. and Oskamp, S. (Eds.) *The Social Psychology of Health*. Newbury Park, CA: Sage, 1988.
- ¹⁵ Larsen FB, Ankersen PV, Poulsen S. Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner. Voksne. 2011 Aarhus, Center for Folkesundhed.