

Notat om multisygdom hos borgere med psykiatriske lidelser – opfølgning på *Hvordan har du det?* 2010

Baggrund

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

15-01-2012

Finn Breinholt Larsen

Tel. +45 7841 4331

Finn.Breinholt@stab.rm.dk

Sundhedsprofilens resultater er brugt som input i udvalgs- og udredningsarbejde i regionen, der skal forbedre kronikerindsatsen, herunder revision af Region Midtjyllands kronikerstrategi, Midlertidigt udvalg vedrørende multisygdom, Kronikerkompasset og Midlertidigt udvalg vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik.

Side 1

Der er desuden ud fra *Hvordan har du det?* 2010 opstillet fire konkrete mål for forbedring af folkesundheden i den generelle sundhedsaftale for 2011-2014. Målene omfatter udviklingen i selvvurderet helbred, rygning, alkoholforbrug og fysisk aktivitet. Opfyldelse af målene dokumenteres gennem den næste *Hvordan har du det?*, der gennemføres i 2013.

Der er andre områder, hvor *Hvordan har du det?* kan bidrage til styrke den politiske beslutningsproces. Et af disse er multisygdom hos borgere med psykiatriske lidelser. Organisatorisk er der tale om en kompleks problemstilling, der berører både almen praksis, kommuner og somatiske og psykiatriske hospitaler.

Rådgivende udvalg vedrørende primær sundhed og kommunesamarbejde omfatter de to første af de nævnte aktører og har desuden i sit kommissorium til opgave at arbejde med sundhedsaftalerne samt følge op på sundhedsprofilen for 2010. Det er derfor relevant, at udvalget på baggrund oplysninger fra *Hvordan har du det?* drøfter forslag til at fremme denne patientgruppes sundhed.

Middellevetiden hos psykiatriske patienter

Den dystre baggrund for at sætte fokus på problemstillingen multisygdom hos borgere med psykiatriske lidelser er den væsentligt lavere middellevetid hos denne gruppe sammenholdt med resten af

befolkningen.

En undersøgelse af borgere indlagt med en sindslidelse i Danmark, Finland og Sverige i perioden 1987-2006 viser, at dødeligheden er to-tre gange højere i denne gruppe end i befolkningen som helhed¹. Forskellen er større for mænd end kvinder. I løbet af observationsperioden mindskedes forskellen i dødelighed mellem psykisk syge og befolkningen generelt, mest for kvinder. På trods af den positive udvikling var middellevetiden ved slutningen af perioden 20 år kortere for psykisk syge mænd og 15 år kortere for psykisk syge kvinder sammenholdt med befolkningen generelt.

Sindslidende har en overdødelighed som følge af selvmord og ulykker, og det er derfor vigtigt at undersøge, hvor meget det forklarer af den samlede overdødelighed. Det er tidligere dokumenteret, at for personer med skizofreni og bipolar lidelse forklarer død som følge af kroniske sygdomme mere af den samlede overdødelighed end selvmord og ulykker². En ny dansk undersøgelse baseret på en stor registerpopulation fulgt over en årrække viser, at den hyppigere forekomst af kroniske somatiske sygdomme hos personer med skizofreni og bipolar lidelse forklarer halvdelen af overdødeligheden i denne gruppe³.

Det antages, at overdødeligheden hos psykisk syge som følge somatiske kroniske sygdomme skyldes livsstil eventuelt i kombination med medicinering. Under alle omstændigheder understreger det behovet for forebyggelse i forhold til "traditionelle" livsstilsrisici som kost, rygning, alkohol og motion (KRAM-faktorer).

Multisygdom hos borgere med psykiatriske lidelser i RM

Følgende oplysninger om emnet kan hentes fra *Hvordan har du det?*

a. Forekomsten af multisygdom hos personer med vedvarende psykisk sygdom.

Opgørelsen foretages på baggrund af den selvrapporterede forekomst af 16 kroniske somatiske sygdomme. Beskrivelse af udviklingen fra 2006 til 2010. Multisygdom opgøres som optælling af sygdomme: psykisk sygdom + antallet af kroniske somatiske sygdomme. Desuden undersøges der for forekomsten af hyppigt forekommende sygdomskombinationer.

Supplering af data med registerdata, fx antal kontakter med praktiserende læge og somatiske sygehuse og brug af receptpligtig medicin.

b. Sundhedsvaner og motivation for adfærdsændringer hos psykisk syge.

Forekomsten af livsstilsrisici (KRAM-faktorer) hos psykisk syge opgøres.

Motivationen hos psykiske syge for at reducere de forskellige livsstilsrisici gennem ændring af sundhedsvaner beskrives.

Beskrivelse af udviklingen fra 2006 til 2010.

c. Uddybende analyser af a og b ved inddragelse af en række socio-demografiske variable.

Hvordan adskiller de psykisk syge sig fra befolkningen generelt med hensyn til en række sociale og demografiske faktorer?

Beskrivelse af udviklingen fra 2006 til 2010.

Udviklingen i risikobelastning fra 2006 til 2010

Generelt sker der en positiv udvikling i livsstilsrisici i disse år blandt den voksne befolkning i Region Midtjylland. Det gælder både for rygning, fysisk aktivitet og kost, når man sammenholder *Hvordan har du det? 2006* med *Hvordan har du det? 2010*. Denne udvikling ses ikke for alkohol og overvægt, hvor risikobelastningen tværtimod er øget. For stress er der ingen ændringer hverken i positiv eller negativ retning.

Den generelt positive udvikling i risikobelastning kan også spores hos de psykisk syge, men udviklingen sker ikke i samme tempo som hos den øvrige del af befolkning. I forvejen var risikobelastningen betydeligt højere hos psykisk syge. Resultatet er, at gabet mellem psykisk syge og resten af befolkningen øges for en række af de risici, der disponerer for livsstilssygdomme.

Med mindre der gøres en målrettet indsats for at mindske risikobelastningen hos psykisk syge vil det næppe være muligt at reducere forskellen i dødelighed mellem psykisk syge og resten af befolkningen. Man kan i stedet frygte, at forskellen i middellevetid igen vil øges efter i nogle år at være aftaget.

Udviklingen i livsstilsrisici fremgår af tabel 1.

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

Alkohol. Alkohol er et område, der adskiller fra de øvrige risikofaktorer, idet udviklingen her har været mindre gunstig i den øvrige del af befolkningen end hos de psykisk syge. I både 2006 og 2010 havde 33 % af de psykisk syge et risikabelt risikoforbrug defineret som, at mindst én af følgende alkoholvaner var til stede: et forbrug der ligger over genstandsgrænserne (14 genstande pr. uge for kvinder og 21 genstande pr. uge for mænd), hyppigt rusdrikkeri (5 genstande eller mere pr. gang mindst én gang om ugen) og tegn på alkoholafhængighed målt ved hjælp af CAGE-C. Denne andel var uændret i 2010. Hos den øvrige del af befolkningen steg andelen fra 24 % til 28 % i den samme periode.

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 psykisk syge og reduceret hos den øvrige befolkning til 12 %. Gabet i andelen med et usundt kostmønster blev øget med fire procent.

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 % den øvrige befolkning. Gabet i andelen med et sundt kostmønster blev øget med en procent.

Overvægt. I 2006 var andelen af svært overvægtige 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 var øget med tre procent.

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*, i 2010 var det 79 %. Andelen med et højt stressniveau i resten af befolkningen var 19 % i både 2006 og 2010.

Tabel 1. Udviklingen i livsstilsrisici hos borgere med psykisk sygdom sammenholdt med den øvrige befolkning i perioden 2006 til 2010 – borgere i Region Midtjylland i alderen 25-79 år med dansk etnisk baggrund

	Psykisk syge			Øvrige befolkning		
	2006 Pct	2010 Pct	2006-2010 Difference	2006 Pct	2010 Pct	2006-2010 Difference
Ryging						
Ryger dagligt	44	41	-3	26	21	*-5
Fysisk aktivitet						
Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden	35	39	3	46	54	*8
Alkohol						
Risikabelt alkoholforbrug	33	33	0	24	28	*4
Drikker over genstandsgrænserne	22	26	4	16	22	*6
Kost						
Usundt kostmønster	18	20	2	14	12	*-3
Middelsundt kostmønster	64	60	-4	65	64	-1
Sundt kostmønster	17	20	3	21	25	*4
Overvægt						
Svært overvægtig (Body Mass Index 30+)	23	28	5	13	15	*2
Stress						
Højt stressniveau (PSS 16+)	78	79	1	19	19	0

* angiver en statistisk signifikant forskel ($p < 0,05$)

Kilde: *Hvordan har du det? 2006 og 2010*. Der er tale om 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 af en sådan.

Forslag til indsatser

Hvad kan man gøre i almen praksis? Interventioner, procesmål, intermedieære mål, langsigtede mål.

Hvad kan man gøre i kommunerne? Interventioner, procesmål, intermedieære mål, langsigtede mål.

Hvad kan man gøre på de somatiske sygehuse? Interventioner, procesmål, intermedieære mål, langsigtede mål.

Hvad kan man gøre i behandlingspsykiatrien? Interventioner, procesmål, intermedieære mål, langsigtede mål.

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, vol 6(9), e24597.