



# Strategi og handleplan

for sundhedsfremme og forebyggelse for psykiatrien i Region Midtjylland

## Indhold

Resumé: .....	4
Oversigt over anbefalede indsatser .....	5
1. Indledning .....	10
2. Læsevejledning.....	12
3. Sundhedstilstanden 2010 for mennesker med langvarig psykisk sygdom i Region Midtjylland .....	12
4. Udgangspunkt for arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse i psykiatrien i Region Midtjylland .....	13
5. Indsatser, der kan medvirke til at øge middellevetiden ved at sikre mennesker med psykisk sygdom sufficient udredning og behandling for somatisk sygdom .....	15
5.1 Status ift. retningslinjer – identifikation og udredning for somatisk sygdom .....	17
5.2 Status i forhold til den somatiske udredning .....	17
5.3 Prioriterede indsatser, der kan medvirke til at øge middellevetiden ved at sikre mennesker med psykisk sygdom sufficient udredning og behandling for somatisk sygdom indtil udgangen af 2013 .....	19
6. Indsatser til forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd med fokus på KRAM-faktorerne .....	20
6.1 Fælles indsatser til forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd med fokus på KRAM-faktorerne.....	22
6.1.1 Status ift. retningslinjer og indsatser til forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd med fokus på KRAM-faktorerne.....	22
6.1.2 Status generelt ift. KRAM-faktorerne .....	22
6.1.3 Mulige/foreslåede indsatser .....	22
6.1.4 Prioriterede indsatsområder indtil udgangen af 2013 .....	23
6.2 Indsatser til forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd med fokus på motion .....	24
6.2.1 Status ift. motion.....	25
6.2.2 Mulige/anbefalede indsatser .....	27
6.2.3 Prioriterede indsatser indtil udgangen af 2013 .....	27
6.3 Indsatser til forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd med fokus på rygning .....	28
6.3.1 Status ift. rygning .....	28
6.3.2 Mulige indsatser .....	29
6.3.3 Prioriterede indsatser indtil udgangen af 2013 .....	29
6.4. Indsatser til forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd med fokus på kost.....	30
6.4.1 Status ift. kost .....	31
6.4.2 Mulige indsatser .....	32
6.4.3 Prioriterede indsatser indtil udgangen af 2013 (indlagte patienter).....	32

6.5. Indsatser til forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd med fokus på alkohol .....	33
6.5.1 Status ift. alkohol.....	33
6.5.2 Mulige indsatser .....	34
<b>7. Selvmordsforebyggelse.....</b>	<b>35</b>
7.1 Status ift. retningslinjer – vurdering af selvmordsrisiko .....	35
7.2 Status ift. selvmordsforebyggelse .....	35
7.3 Andre indsatser ift. selvmordsforebyggelse .....	35
7.4 Mulige indsatser.....	36
<b>Bilag 1 .....</b>	<b>37</b>
<b>Bilag 2 .....</b>	<b>39</b>
<b>Bilag 3 .....</b>	<b>40</b>
<b>Bilag 4 .....</b>	<b>56</b>



## Resumé:

De senere år er det dokumenteret, at mennesker med psykisk sygdom dør 15-20 år tidligere end almenbefolkningen.

Overdødeligheden hos mennesker med psykisk sygdom, sammenlignet med almenbefolkningen, kan for ca. 40 % af overdødeligheden tilskrives eksterne årsager (*primært selvmord og ulykker*), mens ca. 60 % kan tilskrives somatiske sygdomme/medicinske tilstande.

Derfor må sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til mennesker med psykisk sygdom nødvendigvis omfatte indsatser, der kan medvirke til at forebygge sundhedsrisikofærd og sikre tidlig udredning og kvalificeret behandling af samtidig somatisk sygdom.

Nærværende strategi og handleplan er udviklet med det overordnede formål at integrere sundhedsfremme og forebyggelse som et kerneområde i den psykiatriske behandling for derved på sigt at øge middellevetiden for mennesker med psykisk sygdom.

Strategien omfatter en handleplan, der skal tydeliggøre, hvilke områder der er prioriteret i første fase, samt hvem der har ansvaret for at gennemføre de enkelte tiltag:

## Øversigt over anbefalede indsatser

Anbefalinger vedrørende indsatser til at øge middellevetiden for mennesker med psykisk sygdom fra rapporten "Kvalitet i psykiatrien".		
Anbefaling:	Ansvarlig:	Hvornår:
Speciallægeuddannelsen i psykiatri og specialuddannelsen for sygeplejersker i psykiatri skal styrkes indenfor psykopatologi og diagnostisk. Konkret betyder det, at den teoretiske del af specialuddannelserne skal sikre mere viden om udredning, diagnostik og behandling af somatisk sygdom blandt psykisk syge.	Danske Regioner	Ikke beskrevet
Den diagnostiske udredning skal understøttes ved f.eks. etablering af et videotek med opdateret viden om psykopatologi og psykiatrisk diagnostik, samt viden om udredning og behandling af somatisk sygdom blandt psykisk syge.	Psykiatridirektørkredsen	I løbet af 2012
De kommende behandlingspakker skal indeholde systematisk screening for KRAM-faktorer, metabolisk syndrom og hjerte-karsygdomme.	Psykiatridirektørkredsen	I løbet af 2012
Der skal sikres øget fokus på bivirkninger af antipsykotisk medicin ved fælles rekommandationslister.	Psykiatridirektørkredsen	I løbet af 2012
Psykiatriens samarbejde med somatikken formaliseres gennem lokale samarbejdsaftaler, der bl.a. indeholder aftaler om gensidigt tilsyn og undervisning.	Psykiatridirektørkredsen	I løbet af 2012
Psykiatrien skal ved lokale initiativer/aftaler sikre, at mennesker, der lever med langvarig psykisk sygdom, får et regelmæssigt helbredstjek.	Psykiatridirektørkredsen	I løbet af 2012

<b>Prioriterede indsatser, der kan medvirke til at øge middellevetiden ved at sikre mennesker med psykisk sygdom sufficient udredning og behandling for somatisk sygdom indtil udgangen af 2013</b>		
<b>Anbefaling:</b>	<b>Ansvarlig:</b>	<b>Hvornår:</b>
Information om/introduktion til brugen af videoteket til alle læger, psykologer og andre, der er involveret i den diagnostiske proces.	PS-Administrationen i samarbejde med afdelingsledelserne	Når arbejdet er færdigt i Danske Regioner
Brugen af videoteket indarbejdes i introduktionsprogrammer.	Afdelingsledelserne	Når videoteket kommer
Løbende implementering af behandlingspakkerne, herunder de anbefalede screeninger.	Afdelingsledelserne	Når arbejdet er færdigt i Danske Regioner
Implementering af brugen af rekommandationslisten for antipsykotisk medicin.	Afdelingsledelserne	Når arbejdet er færdigt i Danske Regioner
Tilretning af eksisterende fællespsykiatriske retningslinjer ift. screening for KRAM-faktorer, metabolisk syndrom og hjerte-kar-sygdomme.	PS-Administrationen	Løbende når behandlingspakkerne kommer
Udarbejdelse af fællespsykiatrisk retningslinje for overvågning af vægtforøgelse i forhold til medicinering med konkrete antipsykotiske præparater.	PS-Administrationen	Når rekommandationslisten kommer
Indgåelse af lokale samarbejdsaftaler mellem de psykiatriske afdelinger og det lokale somatiske hospital. Dagsordenssættes på møderne mellem psykiatri- og socialledelsen og hospitalsledelserne.	Psykiatri- og socialledelsen	Efteråret 2012
Psykiatri- og socialledelsen fortsætter drøftelsen med temagruppen for voksenpsykiatrien om, hvordan man i det tværsektorielle samarbejde kan sikre, at mennesker med langvarig psykisk sygdom får et regelmæssigt lægetjek. Der følges op på klyngemøderne.	Psykiatri- og socialledelsen	2012

Prioriterede indsatsområder i forhold til KRAM-faktorerne indtil udgangen af 2013		
Planlægning af initiativer i forhold til funktionslederne til understøttelse af implementeringen af handleplanen.	Afdelingsledelserne/PS-Administrationen <i>(fælles eller hver enkel afdeling)</i>	Første gang efteråret 2012
Introduktion til besluttede indsatser i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse i den enkelte enhed indgår i introduktionsprogrammer til alle nye medarbejdere, som er i kontakt med patienterne.	Afdelingsledelserne	Første gang efteråret 2012
Systematik omkring videregivelse af information til egen læge og kommunen om relevante fund og aftaler med patienter i forhold til forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd.	Afdelingsledelserne	Efteråret 2012
Opfølgning på implementering af handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse på hvert 2. dialogmøde ( <i>efteråret</i> ).	PS-Administrationen	Første gang efteråret 2012
Uddannelsesstilbud til kompetenceudvikling ift. metoder for screening og sundhedspædagogiske samtaler.	PS-Administrationen	Efteråret 2012
Tilbud om psykoedukationsforløb til patienter og deres pårørende: KRAM-faktorens betydning for et forløb med psykisk sygdom, fælles undervisningsmateriale udarbejdes af PsykInfo Midt.	PS-Administrationen	Ultimo 2013



Prioriterede indsatser i forhold til motion indtil udgangen af 2013		
Alle indlagte patienter og patienter i dagtilbud skal have mulighed for/motiveres til daglig motion i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.	Afdelingsledelserne	Nu
For alle patienter, som har behov for øget fysisk aktivitet for at forebygge sygdom eller som et element i behandlingen, skal fysisk aktivitet indgå i behandlingsplanen.	Afdelingsledelserne	Nu
Alle relevante data vedr. patientens fysiske aktivitetsniveau videregives til egen læge ( <i>epikrise</i> ) og kommunen, hvis patienten har eller skal have kontakt til sidstnævnte.	Afdelingsledelserne	Nu
Sikre at alle senge- og dagafsnit har eller har adgang til personale med de fornødne kompetencer til at screene for fysisk aktivitetsniveau, vejlede og rådgive patienterne, igangsætte aktiviteter både generelt og specifikt i forholdt til særlige tilstande eller særligt udsatte grupper.	Afdelingsledelserne	1. januar 2013
Der skal iværksættes initiativer, som kan samle, dokumentere og formidle viden om, hvilke fysiske aktiviteter, der virker ift. patienter, som er akut syge/har svære symptomer eller har brug for redskaber til at mestre impulsgennembrud, selvmordstanker eller aggression.	PS-Administrationen	Efteråret 2012
Udarbejdelse af undervisningsmateriale/pjecer til brugere og pårørende om den gavnlige virkning af motion. Materialet skal ligeledes fungere som et idékatalog med forslag til øvelser og aktiviteter ift. Sundhedsstyrelsens anbefalinger.	PS-Administrationen	2012



Prioriterede indsatser i forhold til rygning indtil udgangen af 2013		
Der skal være helt røgfrit inden døre overalt i psykiatrien - dog skal patienter, der er i lukket regi, have mulighed for at gå ud og ryge.	Afdelingsledelsen	2013 – Beslutningen skal varsles et halvt år i forvejen
Alle patienter, som er rygere, tilbydes/motiveres til at bruge nikotinsubstitutionsmidler under indlæggelsen.	Afdelingsledelsen	Nu
Hvis et barn, indlagt i børne- og ungdomspsykiatrien, har forældre, der ryger, tilbydes information om, hvilken virkning, passiv rygning har for barnet samt information om, hvordan de kan begrænse den røg, barnet udsættes for, eller hvor forældrene kan få hjælp til et rygestop.	Centerledelsen	Nu
Kommunerne er primært ansvarlige for tilbud om hjælp til rygeophør/reduktion, men hospitalerne har ansvar for tilbud under behandlingen. Psykiatrien skal: <ul style="list-style-type: none"> <li>» etablere rygestoptilbud til indlagte patienter</li> <li>» være opdateret på, hvilke rygestoptilbud kommunerne har til målgruppen.</li> </ul>	Afdelingsledelserne ( <i>individuel</i> ) eller psykiatri- og socialledelsen ( <i>ensartet tilbud</i> )	Primo 2013
I xxxx indføres et totalt rygeforbud i arbejdstiden for alle faggrupper og ansatte i psykiatrien. Personalet skal tilbydes nikotinsubstitution i arbejdstiden i en periode ( <i>f.eks. 3 mdr. - ½ år</i> ) efter beslutningen træder i kraft.	Psykiatri- og socialledelsen	xxxx
Der udarbejdes en fælles psykiatrisk retningslinje for medicinovervågning ifm. rygestop.	PS-Administrationen	Ultimo 2012
PsyInfo Midt udarbejder i samarbejde med en til to kommuner et koncept for rygestopforløb for mennesker med alvorlig psykisk sygdom, med henblik på efterfølgende at udbrede det til de øvrige kommuner.	PS-Administrationen	Medio 2013

Prioriterede indsatser i forhold til kost indtil udgangen af 2013 (indlagte patienter)		
Tydelige arbejdsgange i forhold til afvikling af måltider tilpasset patientgruppen.	Afdelingsledelsen	Efteråret 2012
<p>Aftaler med de hospitalskøkkener, der leverer maden om, at der skal leveres kost, målrettet de særlige behov, patienter med psykisk sygdom har:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Forebyggelse af overvægt</li> <li>» Forebyggelse af undervægt</li> <li>» Tilpasset alder og evt. andre fysiske problemer med at spise</li> <li>» Forebyggelse af medicinbivirkninger</li> </ul>	Psykiatri- og socialledelsen	Med udgangen af 2012

## 1. Indledning

Sundhedsfremme og forebyggelse er ikke nye begreber i psykiatrien. Der har på mange fronter været arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse i psykiatrien, bl.a. i form af psykoedukation til patienter og pårørende og med udvikling af mestringsstrategier for den enkelte patient til sikring af bedre egenomsorg og mulighed for at komme sig - helt eller delvist - efter at have haft en psykisk sygdom. Psykisk sygdom betragtes ikke længere som en livslang eller kronisk lidelse - en tidlig indsats og kvalificeret behandling betyder, at mange kan blive helbredt. Desuden har der i de sidste mange år været stigende fokus på forebyggelse af selvmord, tidlig opsporing samt indsatser i forhold til børn af forældre med psykisk sygdom.

I forbindelse med, at det i de senere år er dokumenteret, at mennesker med psykisk sygdom dør 15-20 år tidligere end almenbefolkningen, er der kommet en fælles erkendelse

af, at sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til mennesker med psykisk sygdom i høj grad også skal omfatte indsatser, der kan medvirke til at forebygge sundhedsrisikofærd og sikre tidlig udredning og kvalificeret behandling af samtidig somatisk sygdom hos personer med psykisk sygdom.

Overdødeligheden hos mennesker med psykisk sygdom, sammenlignet med almenbefolkningen<sup>1</sup> kan - ifølge registerforskningen - for ca. 40 % af overdødeligheden tilskrives eksterne årsager (*primært selvmord og ulykker*), mens ca. 60 % kan tilskrives somatiske sygdomme/medicinske tilstande<sup>2</sup>. Overdødelighed gælder for alle psykiatriske diagnosegrupper<sup>3</sup> og er høj indenfor alle sygdomskategorier, bl.a. hjertekarsygdomme, diabetes, kræft og infektioner.

Det giver sig selv, at indsatser til at øge midlelivetiden for mennesker med psykisk sygdom ikke er et anliggende for psykiatrien alene, men fordrer et meget tættere sam-

1. Laursen, Nordentoft, Gissler, Westman, Wahlbeck: Psykiatrisk registerforskning i Norden, 2010.
2. Laursen, Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder, Schizophrenia Research 131 (2011) 101-104 06-07-2011.
3. Laursen, Munk-Olsen, Nordentoft & Mortensen: Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. Journal of Clinical Psychiatry. 2007 Jun; 68(6):899-907.

arbejde mellem somatikken og psykiatrien og en udvikling og styrkelse af samarbejdet med almenpraksis og kommunerne i form af shared care-samarbejde, formidling af information, fokus på overgange og afklaring af opgavefordelingen.

Denne strategi for sundhedsfremme og forebyggelse i psykiatrien i Region Midtjylland vil primært have fokus på de indsatser, som psykiatrien selv skal sætte i værk/har ansvaret for, men det er vigtigt at have for øje, at det er en opgave, som psykiatrien kun kan løfte med et godt resultat, hvis der samtidigt er fokus på samarbejdet med almenpraksis, kommunerne og somatikken.

Hvis indsatser med fokus på sundhedsfremme og forebyggelse skal have nogen som helst effekt i forhold til den enkelte patient, vil patienten og dennes pårørende være de allervigtigste aktører og samarbejdspartnere. Psykiatriens medarbejdere kan stille viden til rådighed, motivere og støtte nye vaner og handlemuligheder samt sikre rammerne for, at patienterne kan leve sundt under indlæggelse. Men de små skridt og det lange seje træk skal patienten selv tage med støtte fra de pårørende. Derfor er det vigtigt, at de pårørende om muligt involveres i samarbejde med patienten.

At sætte fokus på sundhedsfremme og forebyggelse i psykiatrien giver store udfordringer - ikke mindst, når det drejer sig om den gruppe af patienter, som er svært syge og som har massive sociale problemer, f.eks. i form af hjemløshed eller omfattende misbrug. I de situationer kan det virke meningsløst at fokusere på deres livsstil i form af KRAM-faktorerne. Det vil ofte være nødvendigt at håndtere de mere fremtrædende problematikker først, men i udgangspunktet er det netop disse patienter, der har størst risiko for at udvikle somatiske lidelser og for

at dø en tidlig død. Derfor er det vigtigt - også for disse patienter - at sætte ind med sundhedsfremmende og forebyggende indsatser når og i det omfang, det er muligt.

At ville integrere sundhedsfremme og forebyggelse som et kerneområde i den psykiatriske behandling er en omfattende proces, som nødvendigvis må deles op i etaper. Det er derfor besluttet, at strategien også skal omfatte en handleplan, som sikrer en tydeliggørelse af hvilke områder, der er prioriteret i første fase (indtil udgangen af 2013) og hvem, der har ansvaret for at gennemføre de enkelte tiltag.

De prioriterede indsatsområder frem til udgangen af 2013 er valgt med udgangspunkt i følgende kriterier:

- » I første omgang gælder indsatsen de indlagte patienter, hvor kun psykiatrien kan være hovedansvarlig.
- » Implementering af anbefalingerne fra Danske Regioner til at øge middellevetiden.
- » Fysisk aktivitet er en helt central faktor både i forebyggelse af sygdom, behandling og mestring af psykisk sygdom og forebyggelse og behandling af fysisk sygdom - og der kan etableres indsatser i forhold til alle patienter uanset alder, sygdom og grad af sygdom.
- » Rygning er den risikoadfærdsfaktor, som bidrager mest til tidlig død og flest år med nedsat livskvalitet.

Nærværende handleplan skal betragtes som et dynamisk arbejdsredskab, som løbende skal opdateres.

**Ansvarlige:** PS-Administrationen

**Hvornår:** Ultimo 2013

## 2. Læsevejledning

Strategien er opbygget med fokus på tre områder:

1. Øget middellevetid ved at sikre mennesker med psykisk sygdom sufficient udredning og behandling for somatisk sygdom (*afsnit 5*)
2. Forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd med fokus på KRAM-faktorerne (*afsnit 6*)
3. Nedbringelse af overdødelighed ved fortsat fokus på forebyggelse af selvmord (*afsnit 7*)

Strategien omfatter patientrettede indsatser.

Hvert enkelt af disse 3 afsnit er opbygget med en faktaboks, hvori der – understøttet af faglige referencer – redegøres for, hvorfor området er et vigtigt indsatsområde. Dernæst redegøres der for den nuværende status på området i Region Midtjylland.

Herpå listes eventuelle mulige indsatser, der ikke er prioriteret i første omgang. Til sidst listes de prioriterede indsatser, som afdelingsledelserne - inden for en given tidsfrist - skal implementere samt en række tiltag, som psykiatri- og socialledelsen og PS-Administrationen skal implementere for at understøtte strategien i praksis.

I afsnit 5 er der under status listet en række anbefalinger fra Danske Regioner.

I afsnit 6 vedrørende KRAM er der først redegjort for fakta, status og indsatser overordnet. Derefter er der redegjort for KRAM-faktorerne enkeltvis. I den enkeltvise gennemgang afspejler rækkefølgen (*motion, rygning, kost og alkohol*) den vægtning, området har i nærværende strategi.

I afsnit 5 og 6 er der indsat tabeller og fakta, som stammer fra den analyse, Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling har udarbejdet, baseret på "Hvordan har du det? 2006 og 2010

"Psyisk syges sundhed i Region Midtjylland". Rapporten er vedlagt i sin helhed som bilag 3.

Bilag 1 viser definitionen af en række relevante begreber på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet:

- » Sundhedsfremme
- » Forebyggelse
- » Patientrettet forebyggelse
- » Borgerrettet forebyggelse
- » Risikofaktorer
- » Sundhedsrisikoadfærd
- » Sundhedspædagogik

## 3. Sundhedstilstanden 2010 for mennesker med langvarig psykisk sygdom i Region Midtjylland

Som en baseline for sundhedstilstanden blandt mennesker med psykisk sygdom i Region Midtjylland har Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling udarbejdet rapporten: "Psyisk syges sundhed i Region Midtjylland, Maj 2012". Analysen er udarbejdet 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.

Beskrivelsen af sundhedstilstanden skal gøre det muligt fremadrettet at følge udviklingen i sundhedstilstanden for målgruppen.

Følgende emner behandles i rapporten:

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

Tabeller fra rapporten er indsat i de relevante statusafsnit i strategien. Den samlede rapport er vedlagt som bilag 3.

## 4. Udgangspunkt for arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse i psykiatrien i Region Midtjylland

Arbejdet i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse i psykiatrien i Region Midtjylland tager afsæt i to overordnede politiske godkendte dokumenter. Dels politik for patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse og dels den opdaterede psykiatriplan fra 2011.

Af politik for patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse i Region Midtjylland<sup>4</sup> fremgår det bl.a. at:

- » Hospitalerne har et medansvar for den patientrettede sundhedsfremme og forebyggelse, som finder sted, når patienten er indlagt eller er i ambulant behandling på hospitalerne – jf. Sundhedsloven.
- » Alle hospitaler arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse som en naturlig og integreret del af ethvert hospitalsforløb. Formålet er at optimere behandling, pleje og rehabilitering og sætte den enkelte patient i stand til bedst muligt at tage vare på sig selv og udøve egenomsorg. Indsatsen sker som en samlet indsats i tæt samarbejde med almen praksis.
- » Hospitalerne tilbyder en generel sundhedsfremmende og forebyggende indsats til alle relevante patienter. Indsatsen differentieres i forhold til den enkeltes sygdomsbillede og kompleksitet samt ressourcer og samlede livssituation, herunder sociale forhold. Der tages som minimum stilling til en eventuel risikovurdering af rygevaner, alkoholvaner, fysisk aktivitet, kostvaner, sociale forhold og multisygdom (*komorbiditet*), jf. standard 2.16.2 (*Identifikation af sundhedsmæssig risiko*).

Region Midtjyllands opdaterede psykiatriplan fra 2011 indeholder desuden anbefalinger ift. en række mere konkrete initiativer i relation

til at styrke sundhedsfremme og forebyggelsesindsatsen i psykiatrien:

- » Tiltag i forhold til kost, motion, tobak og særlige højrisikogrupper
- » Udarbejdelse af vejledende retningslinjer for somatiske undersøgelsesprogrammer for børne-, ungdoms-, og voksenpsykiatriske patienter
- » Forsøg med somatisk screening af udvalgte målgrupper
- » Samarbejdet med kommunerne skal have et særligt fokus på sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til mennesker med psykisk sygdom.

Desuden er Danske Regioner i efteråret 2011 kommet med et oplæg til et kvalitetsudviklingsprojekt i psykiatrien, der som et af tre væsentlige indsatsområder har en øget middellevetid for mennesker med psykisk sygdom. Anbefalingerne herfra vil naturligt indgå i en strategi for sundhedsfremme og forebyggelse i psykiatrien i Region Midtjylland.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger indgår som overordnet referencerammer for anbefalingerne både i forhold til KRAM-faktorerne, men også ift. forebyggelse og behandling af sygdom.

Sundhedsfremme og forebyggelsesstrategien for psykiatrien i Region Midtjylland vil koncentrere sig om tre fokusområder:

1. Øget middellevetid ved at sikre mennesker med psykisk sygdom sufficient udredning og behandling for somatisk sygdom (*afsnit 5*)
2. Forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd med fokus på KRAM-faktorerne (*afsnit 6*)
3. Nedbringelse af overdødelighed ved fortsat fokus på forebyggelse af selvmord (*afsnit 7*)

Strategien her vil primært koncentrere sig om sundhedsfremme og forebyggelse med fokus på forebyggelse af sundhedsrisikoad-

4. 2. generelle patientforløbsrettede PRI > 16. Forebyggelse og sundhedsfremme > 1 Sundhedsfremme og forebyggelsespolitikker, regional politik.



færd samt indsatser, der kan medvirke til en længere middellevetid for mennesker med psykisk sygdom. Indsatser i forhold til at forebygge selvmord berøres i mindre grad, da indsatsen herfor primært håndteres i regi af patientsikkerhedsarbejdet.

Sundhedsfremme og forebyggelsesstrategien omfatter indsatser i forhold til alle patienter med kontakt til regionspsykiatrien i Region Midtjylland. Strategien for sundhedsfremme og forebyggelse tager højde for de lovgivningsmæssige, aftalemæssige og organisatoriske ændringer, der er sket siden 2007.



## 5. Indsatser, der kan medvirke til at øge middellevetiden ved at sikre mennesker med psykisk sygdom sufficient udredning og behandling for somatisk sygdom

### Hvorfor er det et vigtigt indsatsområde?

Danske Regioner beskriver udfordringen i deres udspil til en indsats for at øge middellevetiden<sup>5</sup>: Overdødeligheden på 15 – 20 år for psykiatriske patienter gælder for alle psykiatriske diagnosegrupper og er høj inden for alle sygdomskategorier, såsom hjerte- karsygdomme, diabetes, kræft, infektioner mv. Årsagerne hertil er mangfoldige. I nogle tilfælde bliver somatisk sygdom hos psykiatriske patienter ikke diagnosticeret. Det kan være, fordi patienten på grund af den psykiske sygdom ikke er opmærksom på de fysiske symptomer og derfor ikke søger læge, eller fordi den somatiske undersøgelse i psykiatrien er utilstrækkelig. Psykiatriske patienter, som bliver henvist til somatisk udredning, kan nogle gange opleve, at deres fysiske symptomer fejltolkes som en del af deres psykiske sygdom.

### Fakta:

- » Psykisk syge har større risiko for overvægt, rygning og en lang række fysiske helbredsproblemer<sup>6</sup>
- » Patienter med skizofreni har tre gange større risiko for diabetes<sup>7</sup>
- » Patienter med skizofreni har dobbelt så stor dødelighed pga. hjerte- og karsygdom<sup>8</sup>
- » Patienter med skizofreni har dobbelt så stor risiko for fedme
- » Patienter med depression har dobbelt så stor risiko for iskæmisk hjertesygdom<sup>9</sup> (*hjerte- og karsygdom*), hvilket ækvivalerer med den risiko, der følger af rygning
- » Patienter med depression har 65 % forøget risiko for diabetes<sup>10</sup>
- » To ud af tre psykisk syge er overvægtige

Samtidig kan psykiatriske patienter, som har fået en somatisk diagnose, risikere at blive underbehandlet. Det kan ske, fordi patienten på grund af den psykiske sygdom kan have brug for særlig støtte og motivation til at følge en behandling for den somatiske sygdom. Forskningen viser fx, at psykiatriske patienter med hjerte- karsygdomme kun i halvt så mange tilfælde som andre patienter opereres i forbindelse med deres hjertesygdom<sup>11</sup>. I nogle tilfælde skønnes det måske på forhånd, at patienten ikke kan klare at følge behandling eller genoptræning. Et vigtigt indsatsområde er forebyggelse, overvågning og behandling af metabolisk syndrom<sup>12</sup>. Behandling med antipsykotisk medicin kan øge risikoen for at udvikle metabolisk syndrom ligesom andre risikofaktorer som fedme, mangel på motion, mv. har indflydelse herpå.

5. Kvalitet i psykiatrien – en ny dagsorden for diagnostik og behandling, Danske Regioner, 2011
6. Sundhedsprofilen, data fra Region Midtjylland. Herunder Online nr. 4, 2008: Temarapport om Fysisk sundhed hos psykisk syge. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland. 2008. Sundhedsprofilen bygger på selvrapportering via spørgeskemaer.
7. Smoking cessation in psychiatry. A review of literature. Network of Health Promoting Hospitals in Denmark, 2007 (udenlandske tal)
8. -do-
9. Laursen, Munk-Olesen, Nordentoft og Mortensen: Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorder: a registerbased study comparing mortality in unipolar depressiv disorder, bipolar affective, schizoaffective disorder and schizophrenia. Journal of Clinical Psychiatry. 2007; 68(6):899-907.  
Weiner M, Warren L, Fiedorowicz JG: Cardiovascular morbidity and mortality in bipolar disorder. Department of Psychiatry, Carver College of Medicine, The University of Iowa, Iowa City, IA 52242, USA.
10. Sundhedsprofilen, data fra Region Midtjylland. Herunder Online nr. 4, 2008: Temarapport om Fysisk sundhed hos psykisk syge. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland. 2008. Sundhedsprofilen bygger på selvrapportering via spørgeskemaer.

**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	Øvrige befolkning	Forskel i pct-point	Psykisk syge	Øvrige befolkning	Forskel i pct-point
	Pct.	Pct.		Pct.	Pct.	
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 rygsygdom	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 ( $p < 0,05$ ).<sup>13</sup>

I rapporten "Psykisk syges sundhed i Region Midtjylland, Maj 2012" (*bilag 3*) er der lavet en sammenligning mellem borgere med både psykisk sygdom og langvarige somatiske sygdomme – og den øvrige befolkning. 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<sup>14</sup>.

11. Laursen, Munk-Olesen, Nordentoft og Mortensen: Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorder: a registerbased study comparing mortality in unipolar depressiv disorder, bipolar affective, schizoaffective disorder and schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007; 68(6):899-907
12. Metabolisk syndrom er en ophobning af forskellige risikofaktorer, som øger risikoen for at udvikle hjerte-karsygdomme og diabetes
13. Se bilag 3

Det samme billede tegner sig med hensyn til multisygdom blandt borgere med psykisk sygdom:

<b>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.</b>						
	2006			2010		
	Psykisk syge	Øvrige befolkning	Forskel i pct-point	Psykisk syge	Øvrige befolkning	Forskel i pct-point
	Pct.	Pct.		Pct.	Pct.	
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 ( $p < 0,05$ ).<sup>15</sup>

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

### **5.1 Status ift. retningslinjer – identifikation og udredning for somatisk sygdom**

I forbindelse med implementering af Den Danske Kvalitetsmodel er der udarbejdet en fællespsykiatrisk retningslinje for somatisk udredning i psykiatrien (2.8.3).

Nedenstående er en status for arbejdet med implementering af retningslinjen, samt andre indsatser i arbejdet for at identificere og udrede somatisk sygdom med henblik på at sikre, at den psykiatriske patient med somatisk sygdom modtager rettidig og relevant behandling.

### **5.2 Status i forhold til den somatiske udredning**

Indlagte patienter udredes i henhold til retningslinjen og relevante fund videreformidles til egen læge via epikrisen. Ved ambulante patienter forventes det, at den somatiske undersøgelse og udredning bliver varetaget af egen læge forud for henvisningen. Der skal samles op på evt. mangler på den somatiske udredning. Dette aftales med egen læge. Journalaudit ift. indhold i henvisninger viser, at der for de ambulante patienter er en stigende opfyldelsesgrad. I oktober 2011 var opfyldelsesgraden på 76 %.

Der er ved at blive etableret de nødvendige undersøgelsesrum i alle afdelinger/enheder. Uddannelse i somatisk undersøgelse er et fast element i introduktionsprogrammer og kompetenceudviklingsprogrammer i alle af-

14. Se bilag 3

15. Se bilag 3



delinger. Desuden udbydes der årligt uddannelse i somatisk undersøgelse.

Desuden har der været afviklet en række videotransmitterede forelæsninger ved eksperter i store udvalgte sygdomsgrupper:

1. Hjerte- karsygdomme.
2. Lungesygdomme.
3. Endokrine sygdomme.
4. Cerebrovaskulære sygdomme.
5. Billeddiagnostik og udredning.
6. Neurologiske sygdomme (*Parkinson, Chorea Huntington, Tourettes syndrom*). Underviserne har været håndplukkede for at sikre den højeste ekspertise indenfor området med både klinisk erfaring og forskningserfaring med de pågældende sygdomme. Forelæsningerne har været udbudt til alle.

Af nye initiativer er der mellem en enkelt psykiatrisk afdeling og det lokale somatiske sygehus aftalt et projekt, som indebærer, at en psykiatrisk sygeplejerske skal gå tilsyn på medicinsk afdeling og en medicinsk sygeplejerske modsat skal gå tilsyn på psykiatrisk afdeling. Projektet skal følges med henblik på udbredelse til de øvrige regionshospitaller og psykiatriske afdelinger.

I en enkelt klynge har kommunerne som noget nyt aftalt, at støtte til et årligt helbredstjek skal være en del af den sociale handleplan for de borgere, der har brug for dette.

I rapporten "Kvalitet i psykiatrien"<sup>16</sup> er der listet en række anbefalinger vedrørende indsatser til at øge middellevetiden hos mennesker med psykisk sygdom:

1. Speciallægeuddannelsen i psykiatri og specialuddannelsen for sygeplejersker i psykiatri skal styrkes indenfor psykopatologi og diagnostik. Konkret betyder det, at den teoretiske del af specialuddannel-

serne skal sikre mere viden om udredning, diagnostik og behandling af somatisk sygdom blandt psykisk syge.

**Ansvarlig er:** Danske Regioner

**Hvornår:** Ikke beskrevet

2. Den diagnostiske udredning skal understøttes ved f.eks. etablering af et videotek med opdateret viden om psykopatologi og psykiatrisk diagnostik, samt viden om udredning og behandling af somatisk sygdom blandt psykisk syge.

**Ansvarlig er:** Psykiatridirektørkredsen

**Hvornår:** I løbet af 2012

3. De kommende behandlingspakker skal indeholde systematisk screening for KRAM-faktorer, metabolisk syndrom og hjerte- karsygdomme.

**Ansvarlig er:** Psykiatridirektørkredsen

**Hvornår:** I løbet af 2012

4. Der skal sikres øget fokus på bivirkninger af antipsykotisk medicin ved fælles rekommandationslister.

**Ansvarlig er:** Psykiatridirektørkredsen

**Hvornår:** I løbet af 2012

5. Psykiatriens samarbejde med somatikken formaliseres gennem lokale samarbejds-aftaler, der bl.a. indeholder aftaler om gensidigt tilsyn og undervisning.

**Ansvarlig er:** Psykiatridirektørkredsen

**Hvornår:** I løbet af 2012

6. Psykiatrien skal ved lokale initiativer/aftaler sikre, at mennesker, der lever med langvarig psykisk sygdom, får et regelmæssigt helbredstjek.

**Ansvarlig er:** Psykiatridirektørkredsen

**Hvornår:** I løbet af 2012

16. Kvalitet i psykiatrien – ny dagsorden for diagnostik og behandling. Danske Regioner 2011.



### 5.3 Prioriterede indsatser, der kan medvirke til at øge middellevetiden ved at sikre mennesker med psykisk sygdom sufficient udredning og behandling for somatisk sygdom indtil udgangen af 2013

Løbende implementering af de indsatser/initiativer, der er besluttet i regi af Danske Regioner, herunder:

- » Information om/introduktion til brugen af videoteket til alle læger, psykologer og andre, der er involveret i den diagnostiske proces.

**Ansvarlig er:** PS-Administrationen i samarbejde med afdelingsledelserne

**Hvornår:** Når arbejdet er færdigt i Danske Regioner

- » Brugen af videoteket indarbejdes i introduktionsprogrammer.

**Ansvarlig er:** Afdelingsledelserne

**Hvornår:** Når videoteket kommer

- » Løbende implementering af behandlingspakkerne, herunder de anbefalede screeninger.

**Ansvarlig er:** Afdelingsledelserne

**Hvornår:** Når arbejdet er færdigt i Danske Regioner

- » Implementering af brugen af rekommandationslisten for antipsykotisk medicin.

**Ansvarlig er:** Afdelingsledelserne

**Hvornår:** Når arbejdet er færdigt i Danske Regioner

Med henblik på at støtte implementeringen af strategien skal PS-Administrationen og psykiatri- og socialledelsen sørge for følgende:

- » Tilretning af eksisterende fællespsykiatriske retningslinjer ift. screening for KRAM-faktorer, metabolisk syndrom og hjerte-karsygdomme.

**Ansvarlig er:** PS-Administrationen

**Hvornår:** Løbende når behandlingspakkerne kommer

- » Udarbejdelse af fællespsykiatrisk retningslinje for overvågning af vægtøgning i forhold til medicinering med konkrete antipsykotiske præparater.

**Ansvarlig er:** PS-Administrationen

**Hvornår:** Når rekommandationslisten kommer

- » Indgåelse af lokale samarbejdsaftaler mellem de psykiatriske afdelinger og det lokale somatiske hospital – dagsordensættes på møderne mellem psykiatri- og socialledelsen og hospitalsledelserne.

**Ansvarlig er:** Psykiatri- og socialledelsen

**Hvornår:** Efteråret 2012

- » Psykiatri- og socialledelsen fortsætter drøftelsen med temagruppen for voksenpsykiatrien om, hvordan man i det tværsektorielle samarbejde kan sikre, at mennesker med langvarig psykisk sygdom får et regelmæssigt lægetjek. Der følges op på klyngemøderne.

**Ansvarlig er:** Psykiatri- og socialledelsen

**Hvornår:** 2012



## 6. Indsatser til forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd med fokus på KRAM-faktorerne

### Hvorfor er det et vigtigt indsatsområde?

KRAM-faktorerne (*kost, rygning, alkohol og motion*) har afgørende betydning for dødelighed og middellevetid. Rygning, fysisk inaktivitet, overforbrug af alkohol og usund kost bidrager væsentligt til ca. 40 % af alle dødsfald<sup>17</sup>.

Rygning betyder i gennemsnit 10 år kortere levetid og 10 år med nedsat livskvalitet.

Manglende motion kan betyde 5 år kortere liv og ca. 7 år med nedsat livskvalitet.

For meget alkohol kan betyde 5 år kortere liv og godt 4 år med nedsat livskvalitet<sup>18</sup>.

Undersøgelser<sup>19</sup> viser, at mennesker med psykisk sygdom generelt har mere usunde kostvaner, ryger mere, drikker mere alkohol og er mindre fysisk aktive end befolkningen i al almindelighed. Det kan blandt andet skyldes, at opmærksomheden på det fysiske og evnen til at drage egenomsorg er nedsat på grund af den psykiske sygdom. I nogle tilfælde er der tale om selvbehandling af den psykiske sygdom med f.eks. alkohol. Samtidig kan antipsykotisk medicin give risiko for vægtøgning<sup>20</sup>.



17. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissions anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. April 2009.
18. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissions anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. April 2009.
19. Sundhedsprofilen, data fra Region Midtjylland. Herunder Online nr. 4, 2008: Temarapport om Fysisk sundhed hos psykisk syge. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland. 2008. Sundhedsprofilen bygger på selvrapportering via spørgeskemaer.
20. Kvalitet i psykiatrien – ny dagsorden for diagnostik og behandling, Danske Regioner, 2011

Gruppen af psykisk syge har en betydelig højere belastning med livsstilsrisici end den øvrige befolkning. Som det fremgår af nedenstående tabel 3, gælder dette for samtlige risikofakto-

rer, der er medtaget i analysen. Det giver en meget høj samlet belastning og dermed høj risiko for at udvikle livsstilssygdomme.

<b>Tabel 3. 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.</b>						
	2006			2010		
	Psykisk syge	Øvrige befolkning	Forskel i pct-point	Psykisk syge	Øvrige befolkning	Forskel i pct-point
	Pct.	Pct.		Pct.	Pct.	
<b>Rygning</b>						
Ryger dagligt	44	26	18*	41	21	20*
<b>Fysisk aktivitet</b>						
Dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden	35	46	11*	39	54	15*
<b>Alkohol</b>						
Drikker over genstandsgrænserne	22	16	6*	26	22	4
Tegn på alkoholafhængighed	27	15	12*	25	15	10*
<b>Kost</b>						
Usundt kostmønster	18	14	4	20	12	8*
Middelsundt kostmønster	64	65	1	60	64	4
Sundt kostmønster	17	21	4	20	25	5*
<b>Overvægt</b>						
Svært overvægtig (BMI 30+)	23	13	10*	28	15	13*
<b>Stress</b>						
Højt stressniveau (PSS 16+)	78	19	59*	79	19	60*
<b>Søvn</b>						
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).<sup>21</sup>

21. Se bilag 3

Der kan spores en positiv udvikling i forhold til rygning, fysisk aktivitet og kost hos de psykisk syge, men udviklingen sker ikke i samme tempo som hos den øvrige del af befolkning. Resultatet er, at gabet mellem psykisk syge og resten af befolkningen er øget for en række af de risici, der disponerer for livsstilssygdomme<sup>22</sup>.

## 6.1 Fælles indsatser til forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd med fokus på KRAM-faktorerne

### 6.1.1 Status ift. retningslinjer og indsatser til forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd med fokus på KRAM-faktorerne

I forbindelse med implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i psykiatrien Region Midtjylland er der udarbejdet:

- » en fælles regional politik for patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse (2.16.1)
- » en fælles regional retningslinje for identifikation af sundhedsmæssig risiko (2.16.2)
- » fællespsykiatriske retningslinjer for ernæringscreening og ernæringsplaner (2.14.1-4)
- » en fælles psykiatrisk retningslinje for intervention overfor patienter med sundhedsmæssig risiko (2.16.3).

Nedenstående er en status for arbejdet med implementering af retningslinjerne, samt andre indsatser i arbejdet for at forebygge sundhedsrisikoadfærd med fokus på KRAM-faktorerne.

### 6.1.2 Status generelt ift. KRAM-faktorerne

Identifikation af sundhedsrisikoadfærd i form af screening for KRAM-faktorer er ved at blive implementeret. Der gennemføres journalaudit på områderne: ernæringscreening, ernæringsplaner, alkohol og rygning, samt intervention ift. sundhedsrisiko. Generelt ses en stigning i indikatoropfyldelsen fra oktober 2010 til oktober 2011, men opfyldelsesgraden er stadig max. 67 % (*screening ift. alkohol*) -

ned til en opfyldelse på 20 % ift. udarbejdelse af ernæringsplaner, hvor det er relevant<sup>23</sup>.

Psykoedukation ift. at ændre på en usund livsstil bruges i alle afdelinger enten som organiserede tilbud i gruppe eller individuelt og ad hoc ift. den enkelte patient.

Overordnet set viser audit<sup>24</sup>, at der kun interverneres i 25 % af de tilfælde, hvor der er identificeret en sundhedsrisikoadfærd.

Indsatser for at forebygge sundhedsrisikoadfærd i forhold til fysisk inaktivitet, rygning, højt alkoholforbrug og fejlnæring har tæt sammenhæng med en behandling af høj kvalitet til mennesker med psykisk sygdom. Dette fordrer en tværfaglig indsats og opmærksomhed. Indsatsen skal ses som en del af kerneydelsen i behandling af mennesker med psykisk sygdom. Det er derfor helt centralt med en høj ledelsesmæssig opbakning ift. at sikre implementering af systematisk screening, motivationsarbejde, udarbejdelse af lokale handleplaner og politikker samt uddannelse af medarbejdere.

### 6.1.3 Mulige/foreslåede indsatser

- » Udpege og uddanne KRAM-sundhedsfaglige personer i alle sengeafsnit, ambulatorier og klinikker
- » Regionale erfa-grupper for KRAM-sundhedsfaglige personer (*udpegnings af tovholder i PS-Administrationen*)
- » Målrettet lokal indsats tilpasset funktion og patientgruppe – udarbejdelse af lokale handleplaner
- » Regelmæssige sundhedssamtaler med alle langtidsindlagte patienter
- » Udarbejdelse af forskellige værktøjer til brug for kompetenceudvikling af medarbejdere, f.eks. e-lærings-moduler, instruktionshæfter, videofilm og billedmateriale til dialog med patienterne

<sup>22</sup>. Se bilag 3

- » Udarbejdelse af forskellige værktøjer til brug for patienter og pårørende f.eks. e-learning-moduler, arbejdshæfter, applikationer med mestringsstrategier, video-film og billedmateriale

#### 6.1.4 Prioriterede indsatsområder indtil udgangen af 2013

- » Planlægning af initiativer i forhold til funktionslederne til understøttelse af implementeringen af handleplanen.

**Ansvarlig er:** Afdelingsledelserne/PS-Administrationen (*fælles eller hver enkel afdeling*)

**Hvornår:** Første gang efteråret 2012

- » Introduktion til besluttede indsatser i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse i den enkelte enhed indgår i introduktionsprogrammer til alle nye medarbejdere, som er i kontakt med patienterne.

**Ansvarlig er:** Afdelingsledelserne

**Hvornår:** Første gang efteråret 2012

- » Systematik omkring videregivelse af information til egen læge og kommunen om relevante fund og aftaler med patienter

i forhold til forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd.

**Ansvarlig er:** Afdelingsledelserne

**Hvornår:** Efteråret 2012

Med henblik på at støtte implementeringen af strategien skal PS-Administrationen sørge for følgende:

- » Opfølgning på implementering af handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse på hvert 2. dialogmøde (*efteråret*).

**Ansvarlig er:** PS-Administrationen

**Hvornår:** Første gang efteråret 2012

- » Uddannelses tilbud til kompetenceudvikling ift. metoder for screening og sundhedspædagogiske samtaler.

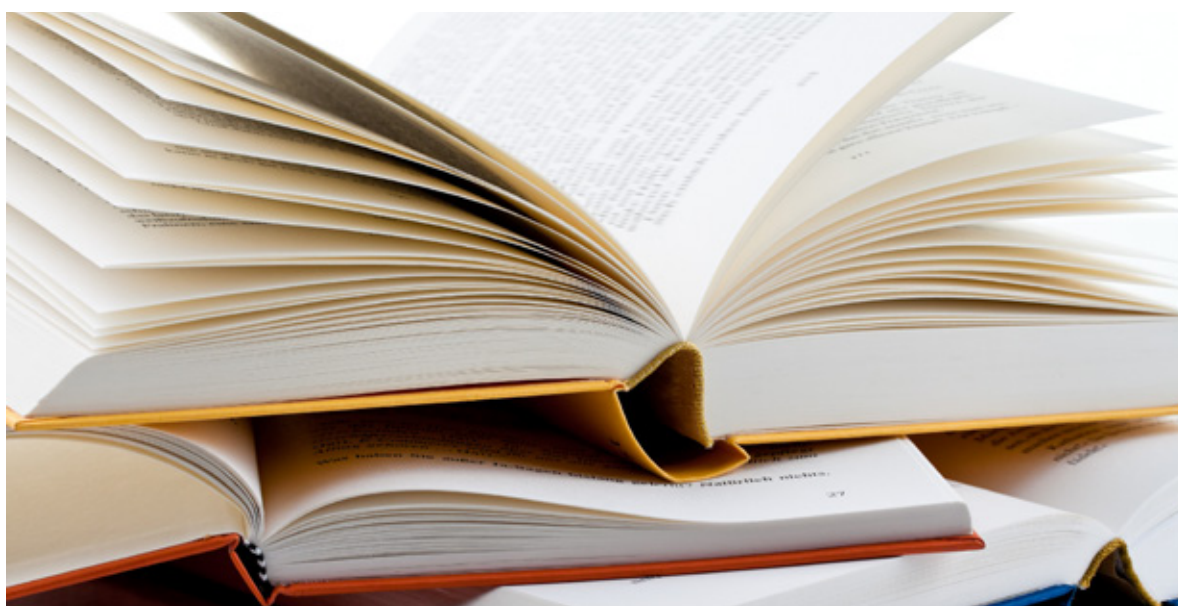
**Ansvarlig er:** PS-Administrationen

**Hvornår:** Efteråret 2012

- » Tilbud om psykoedukationforløb til patienter og deres pårørende: KRAM-faktorens betydning for et forløb med psykisk sygdom, fælles undervisningsmateriale udarbejdes af PsykInfo Midt.

**Ansvarlig er:** PS-Administrationen

**Hvornår:** Ultimo 2013





## 6.2. Indsatser til forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd med fokus på motion

### Hvorfor er det et vigtigt indsatsområde?

Der er i dag konsensus om, at fysisk aktivitet er sundhedsfremmende og forebygger en række sygdomme. Den forebyggende effekt af fysisk aktivitet i forhold til for tidlig død findes i forhold til begge køn, i alle aldersgrupper og uanset overvægt eller andre risikofaktorer. Der er evidens for, at fysisk aktivitet virker forebyggende i forhold til hjertesygdomme, type 2-diabetes, metabolisk syndrom og tyktarmskræft, men der er også klare sammenhænge med fysisk aktivitet i forhold til en række andre sygdomme, f.eks. depression og angstlidelser<sup>25</sup>.

Ældres mulighed for at øge fysisk ydeevne er procentuelt lige så stor eller større end hos yngre personer. Fysisk aktivitet medfører betydelige funktionsforbedringer og forbedrer dermed mulighederne for opretholdelse af en normal dagligdag og bedre livskvalitet, samtidig med at det forebygger risikoen for fald<sup>26</sup>.

Derudover er fysisk træning i dag indiceret som behandling for en lang række medicinske sygdomme, og der er efterhånden evidens for, at fysisk træning i udvalgte tilfælde er lige så effektiv eller i særlige situationer mere effektiv end medicinsk behandling eller adderer til effekten af den medicinske behandling<sup>27</sup>.

Anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen vedr. fysisk aktivitet er lige justeret og hedder nu:

For børn (5 – 17 år):

- » Vær fysisk aktiv mindst 60 min om dagen. Aktiviteten skal være moderat til høj intensitet og ligge ud over almindelige kortvarige dagligdags aktiviteter.

For voksne (18 – 64 år):

- » Vær fysisk aktiv mindst 30 min om dagen. Aktiviteten skal være med moderat til høj intensitet og ligge ud over almindelige kortvarige dagligdags aktiviteter.

For ældre (+65 år):

- » Vær fysisk aktiv mindst 30 min om dagen. Aktiviteten skal være med moderat intensitet og ligge ud over almindelige kortvarige dagligdags aktiviteter.

For alle aldersgrupper gælder det:

- » Fysisk aktivitet ud over det anbefalede vil medføre yderligere sundhedsmæssige fordele<sup>28</sup>. Se de uddybede anbefalinger i bilag 2.

Fysisk aktivitet har samtidig følgende positive effekt ift. til mennesker med psykisk sygdom:

- » I den vestlige verden anses det for sundt at være fysisk aktiv, og den psykisk syge person, der motionerer, kan forvente positiv feedback fra omverdenen og opnå social kontakt. Det er en normal foreteelse at dyrke motion, hvorved en ringslutning kan opstå: Den der motionerer, føler sig normal. Hvis man desuden er fysisk aktiv ved relativ høj intensitet, er det svært samtidig at tænke/spekulere meget<sup>29</sup>.

25. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling, Sundhedsstyrelsen, 2011

26. - do

27. - do

28. - do

29. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling, Sundhedsstyrelsen 2011

Sundhedsstyrelsen har i sin nye rapport "Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling" fra 2011 beskrevet det evidensbaserede grundlag for fysisk aktivitet som behandling ift. en række sygdom, herunder metabolisk syndrom, angst, demens, depression, skizofreni og stress<sup>30</sup>.

### **Øvrige erfaringer med brugen af fysisk aktivitet i psykiatrien**

Af evalueringsrapporten fra 2009 vedr. "Fysisk aktivitet i psykiatrien"<sup>31</sup>, fremgår det, at ved at integrere fysisk aktivitet i behandlingen af mennesker med psykisk sygdom, vurderede hovedparten af projektdeltagerne - personale såvel som patienter - blandt andet, at:

- » den fysiske aktivitet bidrog til at forbedre patienternes psykiske tilstand,
- » fysisk aktivitet førte til en reduktion af afdelingens medicinforbrug i mindre, nogen eller høj grad, herunder især på forbruget af p.n.-medicin<sup>32</sup>.

Erfaringer med at anvende fysisk aktivitet under indlæggelse i psykiatrien som middel til konfliktløsning og som aktivitet under tvangsfiksering, har givet gode resultater<sup>33</sup>. Jo mere fysisk aktive patienterne er under indlæggelsen, jo færre konflikter opstår der i hverdagen.

#### **6.2.1 Status ift. motion**

Alle afdelingerne har indsatser i forhold til fysisk aktivitet og rigtig mange afdelinger har haft målrettede projekter - både i forhold til sund livsstil, og i høj grad også som element i den psykiatriske behandling og rehabilitering og forebyggelse af tvangsforanstaltninger.

Det er forskelligt, i hvilken grad afdelingerne har prioriteret de fysiske rammer, men alle senge- og dagafsnit har opstillet motionsredskaber og indlagt fysisk aktivitet som faste elementer i dag- eller ugeprogrammer. I ambulanseregion har man enkelte steder forsøgt sig med at tilbyde "walk and talk" til patienter, der kunne have gavn af dette. I forhold til ældre og mere immobile patienter er Nintendo-Wii et godt tilbud.

Derudover har fysisk aktivitet sammen med en patient altid fungeret som et godt terapeutisk redskab til at skabe kontakt og dialog. Mange

patienter har brug for at få gang i kroppen for at kunne verbalisere, hvordan de har det. I flere af afdelingerne står fysio- eller ergoterapeuter for den målrettede fysiske aktivitet, hvad enten det sker for at forbedre patienternes aktivitetsniveau, forebygge tvang, eller som led i at hjælpe patienterne med at udvikle mestringsstrategier i forhold til forebyggelse af impuls-gennembrud, selvmordstanker eller aggression.

Fysioterapeuter i psykiatrien anvender flere validerede redskaber til systematisk udredning og evaluering af patienters fysiske aktivitetsniveau (*The Physical Activity Scale*<sup>34</sup>) samt vurdering af patienters fysiske træningstilstand (*konditest*, *5 minute walk-test*). Dette er relevant for at vurdere effekt af intervention og for at vejlede og motivere patienter til fysisk aktivitet. Desuden har fysioterapeuter udviklet et skema til brug for sundhedssamtaler med retspsykiatriske patienter (*skema er vedlagt som bilag 4*)

30. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling, Sundhedsstyrelsen 2011

31. "Fysisk aktivitet i psykiatrien – Erfaringer fra et landsdækkende implementeringsprojekt", Center for Kvalitetsudvikling – Region Midtjylland 2009.

32. P.n.-medicin er en forkortelse for »pro necessitate-medicin«, og er den medicin, der ikke anvendes i fast dosering, men som gives ved behov efter lægeordnede retningslinjer.

33. "Fysisk aktivitet forebygger konflikter" – interview med Jeanet Kragerup og Louise Preisler "Mindre tvang – mere kvalitet"

Flere steder er der arbejdet målrettet på at få samlet erfaringer om, hvilke fysiske aktiviteter, der med effekt kan iværksættes, afhængig af patientens aktuelle tilstand. Meget af den viden, der indtil nu er udviklet på dette område, ligger i enkelte afsnit/hos enkeltpersoner og der er behov for opsamling, erfaringsudveksling og formidling af denne viden til resten af organisationen.

De retspsykiatriske patienter udgør – sammen med andre langtidsindlagte patienter – en særlig udfordring. Her har der været flere gode projekter omkring fysisk aktivitet bl.a. et fodboldhold, som har fået så høj status blandt patienterne, at det er med til at forebygge misbrug, da patienterne skal levere en "ren urinprøve", for at kunne være med.

Psykisk syge patienter med somatisk komorbiditet har behov for superviseret fysisk aktivitet forestået af fysioterapeuter eller ergoterapeuter. Følgende målgrupper har brug for specialiserede, målrettede og individuelt tilpassede tilbud om fysisk aktivitet:

- » patienter med et BMI > 40
- » patienter med metabolisk syndrom
- » patienter som overmotionerer/har motioneret for ensidigt
- » ældre patienter
- » patienter med somatisk komorbiditet som lungesygdomme (f.eks. KOL), neurologiske, reumatologiske eller musculo-skeletale lidelser

En af udfordringerne ift. at implementere fysisk aktivitet som et fuldt integreret element i den psykiatriske behandling, er at sikre forståelse hos personalet for dagligt at skulle understøtte og indgå i aktiviteterne, herunder medbringe sportstøj til eget brug. Ligeledes er det en udfordring, at mange af de indlagte patienter ikke har relevant påklædning

til at kunne dyrke fysisk aktivitet i en mere krævende form/intensitet end gåture.

Fysisk aktivitet som målsætning for alle patienter har den store fordel, at der kan sættes ind fra den allerførste dag, også selv om patienterne er meget syge, ligesom det giver mening at sætte ind med fysisk aktivitet, selv om indlæggelsesforløbet er meget kort. Fysisk aktivitet skal ses som et grundlæggende element i behandling af psykisk sygdom – som en kerneydelse.

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 således øget med 4 procentpoint.<sup>35</sup>



### 6.2.2 Mulige/anbefalede indsatser

- » Udvikling/formidling af redskaber til screening af det fysiske aktivitetsniveau.
- » Beskrivelse/formidling af redskaber, der kan bruges af eller i samarbejde med patienten til at teste og øge det fysiske aktivitetsniveau (f.eks. *6 minute walk-test*, *skridttællere mv.*)

### 6.2.3 Prioriterede indsatser indtil udgangen af 2013

- » Alle indlagte patienter og patienter i dagtilbud skal have mulighed for/motiveres til daglig motion i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

**Ansvarlig er:** Afdelingsledelserne

**Hvornår:** Nu

- » For alle patienter, som har behov for øget fysisk aktivitet for at forebygge sygdom eller som et element i behandlingen, skal fysisk aktivitet indgå i behandlingsplanen.

**Ansvarlig er:** Afdelingsledelserne

**Hvornår:** Nu

- » Alle relevante data vedr. patientens fysiske aktivitetsniveau videregives til egen læge (*epikrise*) og kommunen, hvis patienten har eller skal have kontakt til sidstnævnte.

**Ansvarlig er:** Afdelingsledelserne

**Hvornår:** Nu

- » Sikre at alle senge- og dagafsnit har eller har adgang til personale med de fornødne kompetencer til at screene for fysisk aktivitetsniveau, vejlede og rådgive patienterne, igangsætte aktiviteter både generelt og specifikt i forholdt til særlige tilstande eller særligt udsatte grupper.

**Ansvarlig er:** Afdelingsledelserne

**Hvornår:** 1. januar 2013

Med henblik på at støtte implementeringen af strategien skal PS-Administrationen sørge for følgende:

- » Der skal iværksættes initiativer, som kan samle, dokumentere og formidle viden om, hvilke fysiske aktiviteter, der virker ift. patienter, som er akut syge/har svære symptomer eller har brug for redskaber til at mestre impuls gennembrud, selvmordstanker eller aggression.

**Ansvarlig er:** PS-Administrationen

**Hvornår:** Efteråret 2012

- » Udarbejdelse af undervisningsmateriale/pjecer til brugere og pårørende om den gavnlige virkning af motion. Materialet skal ligeledes fungere som et idékatalog med forslag til øvelser og aktiviteter ift. sundhedsstyrelsens anbefalinger.

**Ansvarlig er:** PS-Administrationen

**Hvornår:** 2012



## 6.3 Indsatser til forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd med fokus på rygning

### Hvorfor er det et vigtigt indsatsområde?

Mennesker med psykisk sygdom har en meget høj rygeprævalens. Op imod 80 % af patienter med skizofreni ryger, og generelt har mennesker med psykisk sygdom et større dagligt tobaksforbrug og større nikotinafhængighed end ikke psykisk syge<sup>36</sup>. Det estimeres, at rygere med psykisk sygdom ryger næsten halvdelen af alle solgte cigaretter<sup>37</sup>.

Nikotin er et svært afhængighedsskabende stof, og nikotinafhængighed er registreret som en psykiatrisk diagnose<sup>38</sup>.

Videnskabelige forsøg med mus<sup>39</sup> viser, at nikotin øger risikoen for fremtidigt stofmisbrug. Hvis nikotin påvirker menneskets hjerne på samme måde, vil en forebyggelse af rygning ikke kun vise sig gavnlige mod de skadelige effekter af rygning, men også kunne mindske risikoen for, at flere havner i hårdere stofmisbrug.

Effekten på psykisk sygdom af et rygestop er<sup>40</sup>:

- » De fleste rygere med psykisk sygdom vil angiveligt ikke opleve en forværring af de psykiske symptomer ved et rygestop – dog kan et rygestop medføre depression både hos raske og psykisk syge rygere, specielt hvis der tidligere har været en depression.
- » Rygning ændrer medicinmetabolismen, der kan derfor være behov for en medicinjustering i forbindelse med et rygestop.
- » Der foreligger endnu ikke nok undersøgelser om effekten af forskellige rygestopinterventioner og kombinationer heraf i forhold til forskellige patientgrupper til, at man på nuværende tidspunkt kan drage konklusioner ift. den bedste interventionsmåde.
- » Der er i de fleste undersøgelser ikke registreret nogen stigning af vold, aggression eller tvang i forbindelse med, at et rygeforbud er indført - enkelte studier peger på psykiske og fysiske forbedringer hos de indlagte patienter.

### 6.3.1 Status ift. rygning

Patienterne screenes kun i mindre grad for rygning. Ifølge auditresultaterne fra oktober 2011 er det kun 38 % af patienterne i sengeafsnit og 39 % af de ambulante patienter, der screenes. I oktober 2010 var opfyldelsesgraden 37 %, så der er kun sket minimalt på området. Stort set alle afdelinger er røgfrie – der er enkelte rygerum tilbage, og samme steder får tvangsfikserede patienter særlig

tilladelse til at ryge på stuen. Men overordnet set er psykiatrien nu røgfri.

Der er i afdelingerne ikke tilstrækkelig sikker viden om, hvad et rygestop betyder for medicinering og dermed effekten af den farmakologiske behandling, eller hvad det betyder at ændre på patienternes rygevaner ved konsekvent at tilbyde nikotinplaster, f.eks. i forbindelse med tvangsforanstaltninger.

36. Schizophrenia and smoking: an epidemiological survey in a state hospital. de Leon J, Dadvand M, Canuso C, White AO, Stanilla JK, Simpson GM. Am J Psychiatry 1995; 152(3):453-455.

37. "Smoking and mental illness: A population-based prevalence study". Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. JAMA. 2000 Nov 22-29;284(20):2606-10.

38. Pisinger C. Rygestop i psykiatrien. Er der evidens nok til at anbefale rygestopaktiviteter? 2006. Litteratursøgning

39. Dagens medicin d. 17. nov. 2011, omtale af studie offentliggjort i tidsskriftet "Science Translational Medicine".

40. Netværk af Forebyggende Sygehuse i Danmark. Pisinger C. Rygestop i psykiatrien. Er der evidens nok til at anbefale rygestopaktiviteter? 2006.



Desuden drøfter mange afdelinger, om screening for rygning i denne sammenhæng kun omfatter cigaretter, eller om det også omfatter alt muligt andet, som patienterne til tider ryger.

I forhold til børne- og ungdomspsykiatrien giver det for de yngste patienter ikke mening at screene for rygning, men det har betydning, hvorvidt et barn vokser op i et hjem, hvor andre ryger.

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<sup>41</sup>.

### 6.3.2 Mulige indsatser

- » Klinisk personale skal uddannes i psykisk sygdom og rygning/rygeophør.

### 6.3.3 Prioriterede indsatser indtil udgangen af 2013

- » Der skal være helt røgfrit inden døre overalt i psykiatrien - dog skal patienter, der er i lukket regi, have mulighed for at gå ud og ryge

**Ansvarlig er:** Afdelingsledelserne

**Hvornår:** 2013. Beslutningen skal varsles et halvt år i forvejen

- » Alle patienter, som er rygere, tilbydes/motiveres til at bruge nikotinsubstitutionsmidler under indlæggelsen.

**Ansvarlig er:** Afdelingsledelserne

**Hvornår:** Nu

- » Hvis et barn, indlagt i børne- og ungdomspsykiatrien, har forældre, der ryger, tilbydes information om, hvilken virkning passiv rygning har for barnet samt information om, hvordan de kan begrænse den røg, barnet udsættes for, eller hvor forældrene kan få hjælp til et rygestop.

**Ansvarlig er:** Centerledelsen

**Hvornår:** Nu

- » Kommunerne er primært ansvarlige for tilbud om hjælp til rygeophør/reduktion, men hospitalerne har ansvar for tilbud under behandlingen. Psykiatrien skal:
  - » etablere rygestoptilbud til indlagte patienter
  - » være opdateret på, hvilke rygestoptilbud kommunerne har til målgruppen

**Ansvarlig er:** Afdelingsledelserne (*individuel*) eller psykiatri- og socialledelsen (*ensartet tilbud*)

**Hvornår:** Primo 2013

41. Se bilag 3 tabel 4

Med henblik på at støtte implementeringen af strategien skal PS-Administrationen og psykiatri- og socialledelsen sørge for følgende:

- » I xxxx indføres et totalt rygeforbud i arbejdstiden for alle faggrupper og ansatte i psykiatrien. Personalet skal tilbydes nikotinsubstitution i arbejdstiden i en periode (f.eks. 3 mdr. - ½ år) efter beslutningen træder i kraft.

**Ansvarlig er:** Psykiatri- og socialledelsen

**Hvornår:** xxxx

- » Der udarbejdes en fælles psykiatrisk retningslinje for medicinovervågning ifm. rygestop

**Ansvarlig er:** PS-Administrationen

**Hvornår:** Ultimo 2012

- » PsykInfo Midt udarbejder i samarbejde med en til to kommuner et koncept for rygestopforløb for mennesker med alvorlig psykisk sygdom, med henblik på efterfølgende at udbrede det til de øvrige kommuner.

**Ansvarlig er:** PS-Administrationen

**Hvornår:** Medio 2013

#### 6.4. Indsatser til forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd med fokus på kost

##### Hvorfor er det et vigtigt indsatsområde?

Mennesker med psykisk sygdom kan have en ubalance i deres kostindtag i forhold til indholdet af energi/kalorier og den kvalitative sammensætning af næringsstoffer. Ubalance i energiindholdet viser sig enten i form af undervægt eller udvikling af moderat eller svær overvægt. Såvel undervægtige som overvægtige patienter kan samtidig være fejlnærede, dvs. med en uhensigtsmæssig sammensætning af næringsstoffer. Årsagerne til overvægt kan være usunde kostvaner (*ofte energirige fødemidler med stort indhold af hurtigt omsættelige kulhydrater og mættet fedt samt lavt indhold af vitaminer og mineraler*) og fysisk inaktivitet kombineret med medicinske bivirkninger<sup>42</sup>. Mange patienter med psykisk sygdom har et manglende personligt og mentalt overskud til at planlægge, købe ind og lave sund mad.

Forebyggelse af overvægt er med til at forebygge metabolisk syndrom<sup>43</sup> og dermed af stor vigtighed for mennesker med psykisk sygdom.

Studier inden for området<sup>44</sup> viser, at en kombination af teoretisk og praktisk undervisning i sundere kost og motion kan hjælpe nogle mennesker med psykisk sygdom til at tabe sig og generelt opnå en sundere adfærd.

Der er kun moderat evidens for, at vægtøgning, som er forårsaget af antipsykotisk behandling, kan mindskes gennem en livsstilsændring med fokus på kost og øget fysisk aktivitet. Både nationale og internationale resultater inden for psykiatrien indikerer dog, at en indsats for sundere kost, motion og søvn højner livskvaliteten og det almene velbefindende blandt mennesker med psykisk sygdom<sup>45</sup>.

42. Forekomsten af svær overvægt blandt psykiatriske patienter i Vejle Amt i 2002". Margit Sandberg Schiess & Anders Bo Friesgaard Christensen. Ugeskrift for Læger 2006;168(42):3653

43. "Fedme, metabolisk syndrom og hjerte- karsygdom". Sten Madsbad & professor Arne V. Astrup. Ugeskrift for Læger 2004;166(17):1521

44. "The effects of an educational intervention on antipsychotic-induced weight gain". Littrell KH, Hilligoss NM, Kirshner CD, Petty RG, Johnson CG – Journal of nursing scholarship. 2003;35:3;237-241

45. Forekomsten af svær overvægt blandt psykiatriske patienter i Vejle Amt i 2002". Margit Sandberg Schiess & Anders Bo Friesgaard Christensen. Ugeskr Læger 2006;168(42):3653

#### 6.4.1 Status ift. kost

Retningslinjerne for ernæringscreening og ernæringsplaner under indlæggelse i psykiatrien er under implementering, og i den forbindelse udbydes der nu kurser til personale i sengeafsnit og andre interesserede om ernæring til psykiatriske patienter.

Alle afdelingerne har fokus på kosten og forsøger at få sundest mulig kost fra hospitalskøkkenerne. Alle steder er desserter og kager nedprioriteret, mens frugt er opprioriteret.

I den miljøterapeutiske indsats er der i nogle afdelinger fokus på sund kost – f.eks. på det at indkøbe og lave sund kost, ligesom der flere steder er livsstilsgrupper.

Men der er stor forskel på de udfordringer, de enkelte afdelinger har i forhold til patienternes kost. Nogle afdelinger har småtspisende og underernærede patienter, mens andre afdelinger oplever, at patienterne i overvejende grad er overvægtige og samtidig ofte supplerer eller erstatter tilbudt kost med slik, sodavand, pizza mv., som kan købes i nærliggende kiosk eller leveres ved døren.

Det er også en udfordring, at den mad, der kan bestilles via hospitalskøkkenerne, ikke altid tager højde for de problematikker, psykiatriske patienter har på kostområdet - f.eks. er mager mad flere steder meget kedelig og ensformig, og supperne er ofte næringsberigede. Andre steder har man været nødt til at spare på frugten, da den er forholdsvis dyr. Dette får betydelige konsekvenser for at kunne tilbyde patienterne de nødvendige hoved- og mellemmåltider af en tilstrækkelig lødighed kvalitet.

Journalaudit viser, at ernæringscreening ikke er fuldt implementeret i alle afdelinger, ligesom der ikke bliver udarbejdet ernæringsplaner. Opfyldelsesgraden ift. ernæringscreening af indlagte patienter er steget fra 34 % i oktober 2010 til 64 % i april 2011, mens antallet af udarbejdede ernæringsplaner er steget fra 5 % til 24 %<sup>46</sup>.

En af udfordringerne på dette område er, at der i afdelingerne ikke er tilstrækkelig viden om ernæring. Det er kun afdelingerne i AUH Risskov og Regionspsykiatrien Vest, der har adgang til en diætist.

I foråret 2012 blev der foretaget en ekstraordinær journalaudit på ernæringsområdet.

Mange af afdelingerne kobler indsatser vedr. sund kost med motion.

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<sup>47</sup>.

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<sup>48</sup>.

46. Ringe validitet pga. få journaler

47. Bilag 3, tabel 4

48. Bilag 3 tabel 4



#### 6.4.2 Mulige indsatser

- » Den rette kost tilpasset den enkelte patient skal være en integreret del af behandlingsindsatsen fra første indlæggelsesdag.
- » Kompetenceudvikling af personalet (*udvalgte/KRAM-sundhedsfaglig person*) i forhold til kost, udredning af kostmønstre og spiseadfærd, tilrettelæggelse af måltidet, støtte til at spise.
- » Adgang for alle patienter til en diætist med viden om de særlige behov og udfordringer, patienter med psykisk sygdom har.
- » PsykInfo Midt udarbejder materiale til brug for dialogen mellem patient og personale eller for patienten alene, når denne er udskrevet (*f.eks. hæfter, billedmateriale, film, applikationer, mestringsstrategier mv.*).

#### 6.4.3 Prioriterede indsatser indtil udgangen af 2013 (indlagte patienter)

- » Tydelige arbejdsgange i forhold til afvikling af måltiderne tilpasset patientgruppen

**Ansvarlig er:** Afdelingsledelserne.

**Hvornår:** Efteråret 2012

Med henblik på at støtte implementeringen af strategien skal PS-Administrationen og psykiatri- og socialledelsen sørge for følgende:

- » Aftaler med de hospitalskøkkener, der leverer maden om, at der skal leveres kost, som er målrettet de særlige behov, patienter med psykisk sygdom har:
  - » Forebyggelse af overvægt
  - » Forebyggelse af undervægt
  - » Tilpasset alder og evt. andre fysiske problemer med at spise
  - » Forebyggelse af medicinbivirkninger

**Ansvarlig er:** Psykiatri- og socialledelsen

**Hvornår:** Med udgangen af 2012



## 6.5. Indsatser til forebyggelse af sundhedsrisikoadfærd med fokus på alkohol

### Hvorfor er det et vigtigt indsatsområde?

Anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen:

- » Intet alkoholforbrug er risikofrit for helbredet.
- » Der er en lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på 7 genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd.
- » Der er en høj risiko for at blive syg på grund af alkohol, hvis der drikkes mere end 14/21 genstande om ugen.

Mennesker med psykisk sygdom anvender ofte alkohol som et middel til at dulme de psykiske symptomer som f.eks. angst<sup>49</sup>. Samtidig øger alkoholmisbrug risikoen for psykisk sygdom såsom angst og depression.

Ved selvmord er alkoholmisbrug den næsthøypigste diagnose efter depression og forekommer hos ca. 15 %. Alkoholpåvirkning øger risikoen for selvmord også hos deprimerede personer, som ikke misbruger eller er afhængige af alkohol<sup>50</sup>.

Et alkoholmisbrug ender derfor ofte i en dobbeltdiagnose, hvor symptomerne opretholder og forstærker hinanden, og det er nødvendigt at behandle såvel alkoholproblemet, som de øvrige psykiske symptomer<sup>51</sup>.

Det er påvist, at deprimerede alkoholafhængige personer får gradvis reduktion i antal og sværhedsgrad af depressive symptomer de første uger efter afrusning<sup>52</sup>.

### 6.5.1 Status ift. alkohol

Der screenes i stigende grad i forhold til alkoholforbrug, og ved behov tilbydes patienterne antabus. Der bliver handlet på evt. alkoholmisbrug - ofte i samarbejde med kommunale misbrugsbehandlere. Men der er ikke i tilstrækkelig grad fokus på alkoholforbrug set i et sundhedsrisikoperspektiv i forhold til Sundhedsstyrelsens nye anbefalede genstandsgrænser. Andelen af patienter, der screenes ift. deres alkoholforbrug, er steget fra 56 % i oktober 2010 til 65 % i april 2012<sup>53</sup>.

I forhold til børne- og ungdomspsykiatrien er et familiefokus af væsentlig betydning ift. den belastning, det er for et barn/en ung at vokse op i et hjem med voksne med alkoholmisbrug.

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.

49. The relationship between anxiety disorders: a review of major perspectives and findings. Kushner MG, Abrams K, Borchardt C. Clin Psychol rev. 2000 mar;20(2):149-71.

50. Lægehåndbogen.dk/psykiatri/symptomer-og-tegn/alkohol-overforbrug

51. Lægehåndbogen.dk/psykiatri/symptomer-og-tegn/alkohol-overforbrug

52. "Changes in depression among abstinent alcoholics". Brown SA, Schuckit MA. J Stud Alcohol. 1988 Sep;49(5):412-7

53. Ikke et validt grundlag, da det bygger på et begrænset datamateriale.



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<sup>54</sup>.

### 6.5.2 Mulige indsatser

- » At Sundhedsstyrelsens anbefalinger følges og patienterne vejledes til et minimalt forbrug eller helt at undgå alkohol.
- » At sikre, at patienter, der anvender alkohol som selvmedicinering, får sufficient behandling - kognitivt såvel som medicinsk.
- » At patienten får information om, hvilken virkning et alkoholforbrug har på det fysiske helbred og psykisk sygdom.
- » Hvis et barn, indlagt i børne- og ungdomspsykiatrien, har forældre, der har et alkoholmis-/overforbrug, tilbydes information om, hvad det betyder for barnet at vokse op i et hjem, hvor der jævnligt drikkes alkohol samt information om, hvor forældrene kan få hjælp til at komme ud af et alkoholmis-/overforbrug.

*(Alkohol er ikke et prioriteret indsatsområde i første fase)*



54. 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.

## 7. Selvmordsforebyggelse

### Hvorfor er det et vigtigt indsatsområde?

40 % af overdødeligheden blandt mennesker med psykisk sygdom kan tilskrives eksterne årsager – primært selvmord og ulykker. Derfor er selvmordsforebyggelse blandt mennesker med psykisk sygdom et vigtigt indsatsområde i arbejdet for at øge middellevetiden.

Dog viser verdens første registerstudie<sup>55</sup>, at selvmordsrisikoen for psykiatriske patienter er lavere end man hidtil har regnet med. Risikoen for at begå selvmord for mennesker med skizofreni, depression eller bipolar lidelse er 6 % for mænd og 4 % for kvinder – for almenbefolkningen er tallene 0,7 og 0,3 %. Tidligere regnede man med, at risikoen var 10 – 15 %.

Samtidig viser undersøgelsen, at risikoen er større, hvis man tidligere har forsøgt selvmord og risikoen øges, jo nyere selvmordsforsøget er. Alkohol- og stofmisbrug er også faktorer, som øger risikoen for selvmord.

### 7.1 Status ift. retningslinjer – vurdering af selvmordsrisiko

I forbindelse med implementering af Den Danske Kvalitetsmodel er der udarbejdet:

- » en fællesregional retningslinje for vurdering af selvmordsrisiko (2.7.4)
- » en fællespsykiatrisk retningslinje for vurdering af selvmordsrisiko (2.7.15)

Nedenstående er en status for arbejdet med implementering af retningslinjen, samt andre indsatser i arbejdet for at forebygge selvmord.

### 7.2 Status ift. selvmordsforebyggelse

Med henblik på at understøtte implementering af retningslinjen bliver der på fællesniveau udarbejdet et redskab/skema som supplement til retningslinjen. Skemaet skal støtte implementering af systematiske screeninger i den daglige praksis. Implementering af retningslinjen i afdelingerne monitoreres ved næste selvevaluering (*forventet 2012*).

### 7.3 Andre indsatser ift. selvmordsforebyggelse

Der er forsat fokus på rapportering af selvmord og selvmordsforsøg i DanskPatient-Sikkerhedsdatabase, ligesom der kontinu-

erligt bliver lavet analyser af selvmord og selvmordsforsøg med henblik på læring og forebyggelse af lignende hændelser.

Afdelingerne har hver især arbejdet med selvmordsforebyggelse i regi af patientsikkerhed og skærmning, jf. fællespsykiatrisk retningslinje 2.7.6.

Redskaberne til forebyggelse og monitorering af området er udviklet, men der skal arbejdes på at implementere redskaberne alle steder samtidig med, at personalets kommunikative og relationelle kompetencer til stadighed udvikles. Tillid og tryghed i behandlingsrelationen er et fundament for, at patienten kan medvirke i samarbejdet om risikovurdering og selvmordsforebyggelse. Samtidig er det fundamentet for, at ansvaret efter en evt. skærmningsperiode igen kan gives tilbage til patienten gennem støtte til øget selvkontrol og mestringsevne.

Pierces intentionsskala<sup>56</sup> kan anvendes som en pejling på, hvor stærk intentionen er ved et givet selvmordsforsøg. Endvidere har man i Regionspsykiatrien Vest udviklet materiale i

55. [http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/psykiatri/lareboger-skal-skrives-om/?utm\\_source=apsis&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=2011-11-29-D](http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/psykiatri/lareboger-skal-skrives-om/?utm_source=apsis&utm_medium=email&utm_campaign=2011-11-29-D)

56. Pierce. D.W. Suicidal Intent in SELF-Injury.pdf  
Pierce. D.W. The Predictive Validation of a Suicide Intent Scale..pdf



form af en række film, der i forbindelse med introduktion og undervisning skal hjælpe personalet med at få et bedre fundament til at tage fat på samtalen med patienterne ved vurdering af selvmordsrisiko og efter et selvmordsforsøg.

Det er vigtigt at inddrage pårørende og lytte til deres observationer og bekymringer – og at der også gives mulighed for dette uden patientens direkte medvirken. Erfaringer fra patientsikkerhedsaudits viser, at patienter med stærk intention om at tage eget liv, kan have involveret pårørende gennem forskellige påvirkninger og forberedende handlinger.

#### **7.4 Mulige indsatser**

- » Ved overflytning og udskrivning skal der risikoscreenes, og information skal videregives til den modtagende instans.
- » Vedvarende kompetenceudvikling/kvalificering af personalet med fokus på kommunikation og relationsfærdigheder.
- » Anvendelsen af screeningsværktøjerne skal udvikles og i samarbejde mellem patienterne og personalet kobles med redskaber, der øger selvkontrol og mestringsevne, sådan at ansvaret kan gives tilbage til patienten.
- » De pårørendes observationer og bekymringer inddrages i forbindelse med risikovurdering. Der tages hånd om samtykke fra patienten, således at der også kan tales i enrum med de pårørende.



## Definition af begreber

Alle definitioner af nedenstående begreber stammer fra Sundhedsstyrelsens udgivelse "Terminologi, forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed fra 2005"<sup>57</sup>, som oplæg til en fælles forståelse af ord og begreber, eftersom området for sundhedsfremme og forebyggelse er et område med mange aktører.

## Sundhedsfremme

### Definition:

- » Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgeres ressourcer og handlekompetence.

### Dvs.:

- » I sundhedsfremmearbejde vendes opmærksomheden væk fra sygdommen og over mod sundhed. Der fokuseres på mobilisering af ressourcer, handlekompetencer og mestringsstrategier frem for risici.

## Forebyggelse

### Definition:

- » Sundhedsrelaterede aktiviteter, der søger at forhindre opståen og udviklingen af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremme sundheden.

### Dvs.:

- » Forebyggelse af de indsatser, som fremmer folkesundheden ved at identificere og hindre eller hæmme risikofaktorer, risikoadfærd, ulykker, sygdom og sygdomsfølger hos patienter eller andre borgere. Forebyggelse omfatter blandt andet primær forebyggelse, sekundær forebyggelse, tertiær forebyggelse og rehabilitering.

## Patientrettet forebyggelse – klinisk forebyggelse

### Definition:

- » Forebyggelse, der indeholder elementer af sundhedsfremme og rehabilitering, og som foregår i sundhedsvæsenet sammen med patienter.

### Dvs.:

- » Hensigten er at sætte fokus på og integrere forebyggelse i patientforløbet for at begrænse sygdomsudvikling, forhindre komplikationer og tilbagefald, samt opnå størst mulig sygdomsmestring og livskvalitet. Klinisk forebyggelse foregår i sundhedsvæsenet, hvor patienten er den aktive/aktiverede medspiller, og indsatsen omfatter derfor også elementer af sundhedsfremme og rehabilitering. Der lægges vægt på, at valgmuligheder og ansvarlighed forbliver hos patienten.

## Borgerrettet forebyggelse

### Definition:

- » Primær forebyggelse rettet mod den raske del af befolkningen.

### Dvs.:

- » Initiativer, der skal mindske risikoen for, at sygdom overhovedet opstår. Det involverer en sundhedsfremmende og forebyggende indsats i relation til rygning, alkohol, kost, fysisk inaktivitet, svær overvægt og smitsomme sygdomme. Borgerrettet forebyggelse modstilles med "patientrettet forebyggelse".

## Risikofaktor

### Definition:

- » Faktor, der øger sandsynligheden for sygdomme, psykosocialproblemer eller ulykker.

### Dvs.:

- » På sundhedsområdet bliver begrebet især benyttet inden for epidemiologi og

57. Terminologi, forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed, Sundhedsstyrelsen, juni 2005

forebyggelse. Begrebet omfatter aspekter af livsstil, sundhedsadfærd, sociale tilhørsforhold, miljømæssige faktorer samt arvelige faktorer, som på basis af epidemiologisk evidens synes at forøge forekomsten af sygdom, psykosociale problemer eller ulykker. Ved forebyggelse og til dels sundhedsfremme sigter man mod en reduktion i forekomsten af risikofaktorer. Eksempler på risikofaktorer er lav uddannelse, lille socialt netværk, lav indkomst, rygning, fysisk inaktivitet og luftforurening.

### **Sundhedsrisikoadfærd**

#### **Definition:**

- » Sundhedsadfærd, hvor en patient eller anden borger bevidst eller ubevidst øger sin sandsynlighed for at blive udsat for sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker.

#### **Dvs.:**

- » Risikoadfærd kan bevidst vælges, når en anden følge af adfærden vægtes højere end risikoen. Der kan være tale om umiddelbar eller senere nydelse, materiel gevinst, anerkendelse, højere selvfølelse, mindskning eller udskydelse af fysisk eller psykisk ubehag mv.

### **Sundhedspædagogik**

#### **Definition:**

- » Pædagogik, der formidler viden om forebyggelse og sundhedsfremme mellem professionelle og patienter eller andre borgere og dermed fremmer sundhedsrelaterede aktiviteter.

#### **Dvs.:**

- » Sundhedspædagogik foregår ved en dialog mellem borgere og en professionel for at forebygge sygdom og fremmer sundhed, således at borgeren støttes i at træffe sunde og informerede valg. Dialogen kan foregå ved hjælp af strukturerede sundhedspædagogiske metoder. Sundhedspædagogik tager udgangspunkt i borgerens aktuelle livssituation og fordrer deltagerindflydelse. Formålet er at fremme sundheden gennem udvikling af handleevne. Sundhedspædagogik kendetegnes ved en ligeværdig tovejskommunikation i modsætning til sundhedsoplysning, der benytter envejskommunikation.



### Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet 2011

#### For børn (5 – 17 år):

- » Vær fysisk aktiv mindst 60 min om dagen. Aktiviteten skal være moderat til høj intensitet og ligge ud over almindelige kortvarige dagligdags aktiviteter. Hvis de 60 minutter deles op, skal hver aktivitet vare mindst 10 minutter.
- » Mindst 3 gange om ugen skal der indgå fysisk aktivitet med høj intensitet af mindst 30 minutters varighed for at vedligeholde og øge konditionen og muskelstyrken. Der skal indgå aktiviteter, som øger knoglestyrken og bevægeligheden
- » Fysisk aktivitet ud over det anbefalede vil medføre yderligere sundhedsmæssige fordele.

#### For voksne (18 – 64 år):

- » Vær fysisk aktiv mindst 30 min om dagen. Aktiviteten skal være med moderat til høj intensitet og ligge ud over almindelige kortvarige dagligdags aktiviteter. Hvis de 30 minutter deles op, skal hver aktivitet vare mindst 10 minutter.

- » Mindst 2 gange om ugen skal der indgå fysisk aktivitet med høj intensitet af mindst 20 minutters varighed for at vedligeholde og øge konditionen og muskelstyrken. Der skal indgå aktiviteter, som øger knoglestyrken og bevægeligheden.
- » Fysisk aktivitet ud over det anbefalede vil medføre yderligere sundhedsmæssige fordele.

#### For ældre (+65 år):

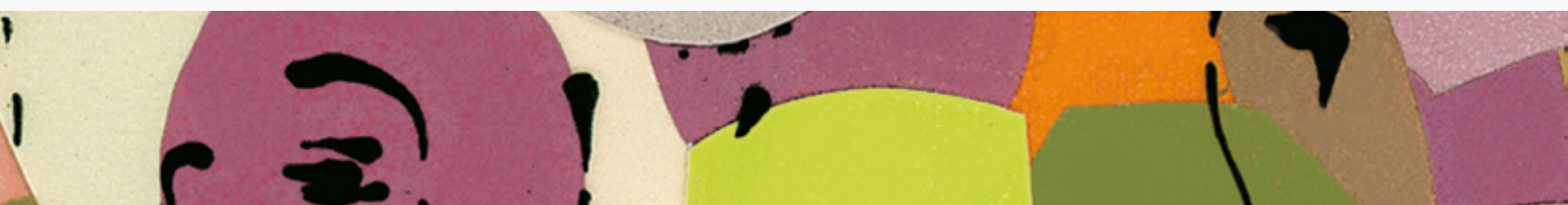
- » Vær fysisk aktiv mindst 30 min om dagen. Aktiviteten skal være med moderat intensitet og ligge ud over almindelige kortvarige dagligdags aktiviteter. Hvis de 30 minutter deles op, skal hver aktivitet vare mindst 10 minutter.
- » Mindst 2 gange om ugen skal der indgå fysisk aktivitet af mindst 30 minutters varighed som vedligeholder og øge konditionen og muskel- og knoglestyrken.
- » Fysisk aktivitet ud over det anbefalede vil medføre yderligere sundhedsmæssige fordele.



# Psykisk syges sundhed i Region Midtjylland

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

Finn Breinholt Larsen & Ane Lykke Nielsen  
Folkesundhed og Kvalitetsudvikling  
[www.cfk.rm.dk](http://www.cfk.rm.dk)



## 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<sup>1,2,3</sup>. 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 sundhedsvæsnets.

### Følgende emner behandles i rapporten:

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

## 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 selvrapporteret 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 vægtningsproceduren<sup>4</sup>. 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 an-

vende 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-procedureerne 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  $\chi^2$ -test, og det er benyttet et signifikansniveau på  $\alpha \leq 0,05$ .

**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	Øvrige befolkning	Forskel i pct-point	Psykisk syge	Øvrige befolkning	Forskel i pct-point
	Pct	Pct		Pct	Pct	
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 rygsygdom	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 ( $p < 0,05$ ).

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 aktuell sygdom som eftervirkninger af sygdom.

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 samtidigt<sup>5</sup>. 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	Øvrige befolkning	Forskel i pct-point	Psykisk syge	Øvrige befolkning	Forskel i pct-point
	Pct	Pct		Pct	Pct	
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*).

Selvvrurderet helbred hos psykisk syge  
Selvvrurderet helbred er en persons egen vurdering af sin helbredstilstand. Selvvrurderet helbred kan betragtes som personens opsummering af en række helbredsforhold, der ikke beskrives udtømmende ved en opstilling af symptomer, sygdomme og risikofaktorer<sup>6</sup>. 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 selvvrurderet helbred har en øget risiko for bl.a. død, kræft, hjertesygdomme, brug af sundhedsvæsenet, sygefravær, medicinbrug, nedsat funktionsevne, arbejds-

løshed og førtidspension<sup>7,8</sup>. Selvvrurderet 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<sup>9,10,11</sup>.

Selvvrurderet 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 selvvrurderet 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 selvvrurderet helbred. Til sammenligning angav 87% af den øvrige befolkning, at de havde et godt selvvrurderet helbred. Det er således en forskel på 47 procentpoint.

**Tabel 3. Selvvrurderet 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	Øvrigebe-folkning	Forskel i pct-point	Psykisk syge	Øvrigebe-folkning	Forskel i pct-point
	Pct	Pct		Pct	Pct	
Godt selvvrurderet 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 livsstilels sygdomme.

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 livsstilels sygdomme.

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

**Tabel 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	Øvrige befolkning	Forskel i pct-point	Psykisk syge	Øvrige befolkning	Forskel i pct-point
	Pct	Pct		Pct	Pct	
<b>Rygning (kun dagligrygere)</b>						
Ønsker at holde op med at ryge	48	47	1	69	74	-5
<b>Fysisk aktivitet</b>						
Ønsker at være mere fysisk aktiv	68	65	3	75	68	7*
<b>Alkohol</b>						
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*
<b>Kost</b>						
Ønsker at spise sundere	-	-	-	66	56	10*
<b>Overvægt (kun svært overvægtige)</b>						
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 er 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.

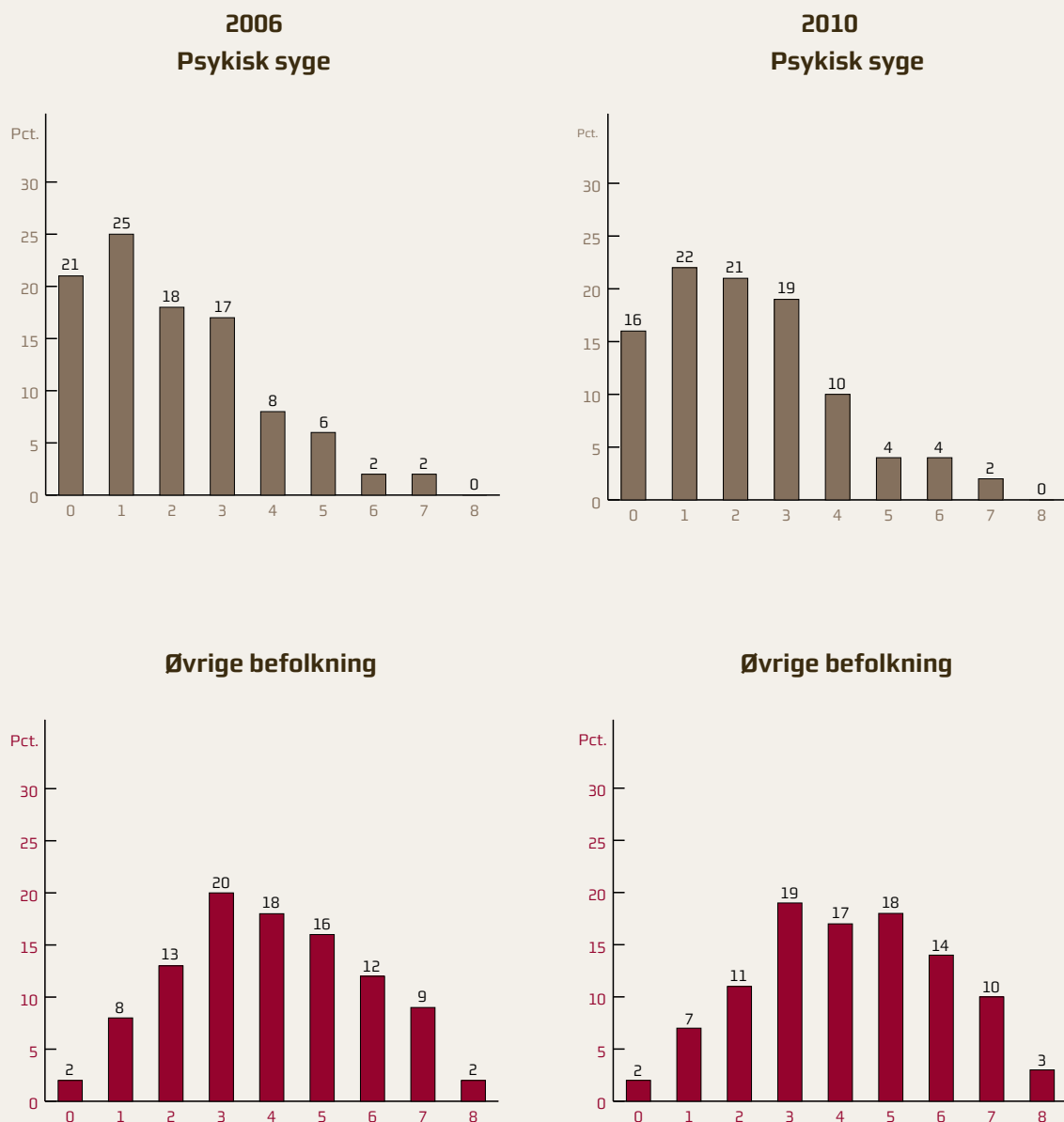
Sociale ressourcer hos psykisk syge  
Motivation er en vigtig, men ikke tilstrækkelig betingelse for at for at ændre sundhedsvæner – fx at holde op med at ryge. Den enkelte skal også have de fornødne ressourcer til at gennemføre ændringerne. Erfaringsmæssigt har mennesker med mange ressourcer lettere 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 levekårsressourcer.

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<sup>15</sup>.

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.

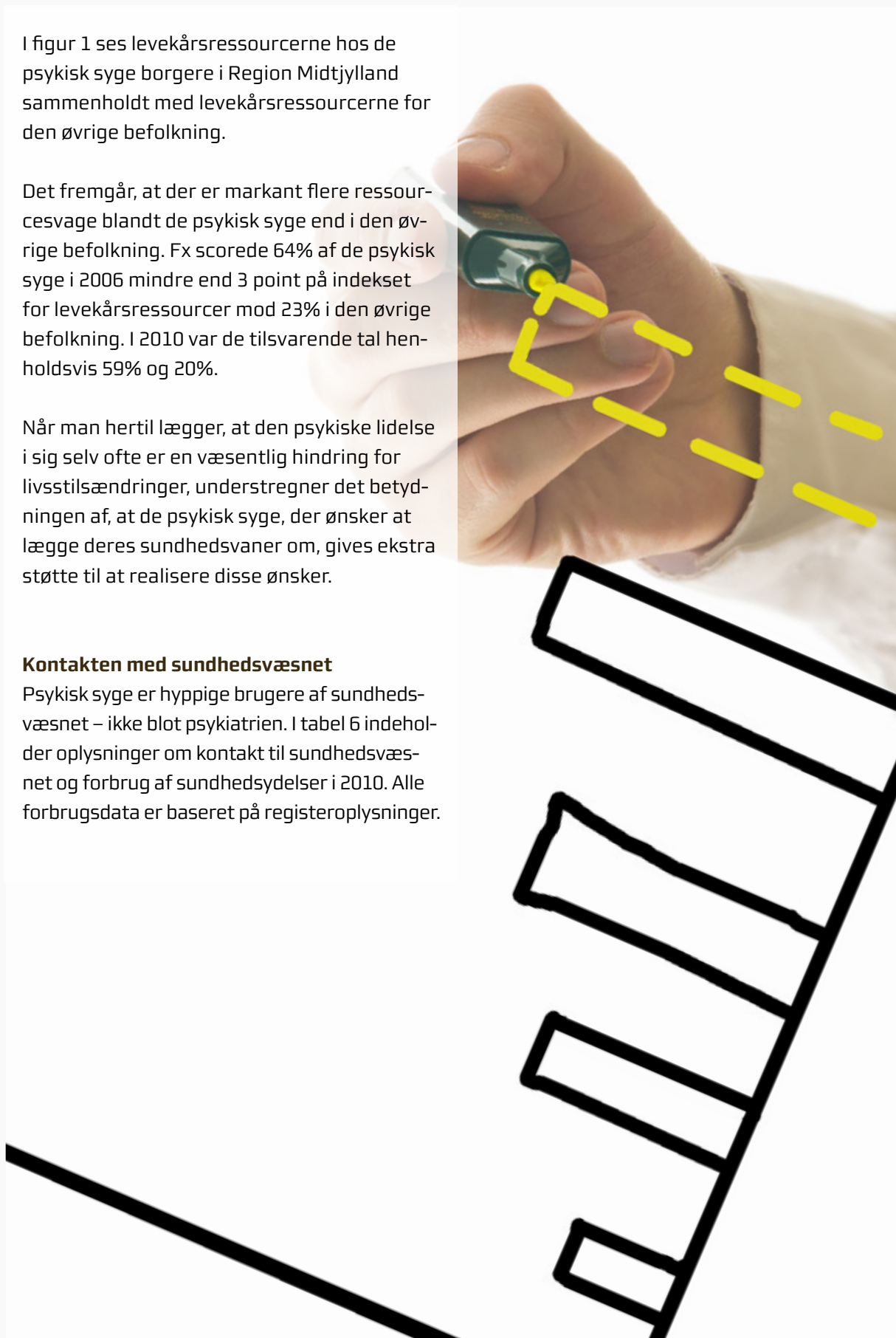
I figur 1 ses levekårsressourcerne hos de psykisk syge borgere i Region Midtjylland sammenholdt med levekårsressourcerne for den øvrige befolkning.

Det fremgår, at der er markant flere ressourcsevage 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 sundhedsydelser 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		
	Psykisk syge	Øvrige befolkning	Forskel
<b>Antal kontakter til praktiserende læge</b>	Antal	Antal	Forskel i antal
Gennemsnit	23	12	11*
Kategoriseret	Pct	Pct	Forskel 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	
<b>Kontakt til somatisk sygehus – ambulans eller indlæggelse</b>	Pct	Pct	Forskel i pct-point
Andel	61	50	11*
<b>Ambulant kontakt til somatisk sygehus</b>	Pct	Pct	Forskel i pct-point
Andel	60	49	11*
<b>Indlæggelse på somatisk sygehus</b>	Pct	Pct	Forskel i pct-point
Mindst én indlæggelse	18	12	6*
Mindst to indlæggelser	9	4	5*
Mindst tre indlæggelser	5	2	3*
<b>Kontakt til behandlingspsykiatrien</b>	Pct	Pct	Forskel i pct-point
Andel	21	0,6	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, ambulante 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 ressource-svag 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 sundhedsvæsenet 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 imidler-

tid 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.

## Skema for sundhedssamtale

### Sundhedssamtale

Navn:

Cpr:

Alder:

Cykelsæde indst:

Højde:

Fodtøj v/test:

Dato								
Kondital								
Watt								
Puls								
Vægt								
Taljemål								
BMI								

Er du/har du været vant til at være fysisk aktiv?:

Hvilke former for træning har du lavet?:

Hvilke af de træningstilbud vi har på vores afsnit kunne have din interesse?:



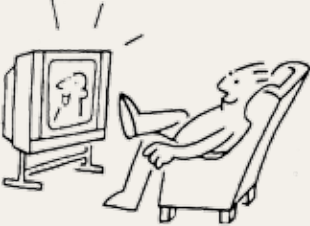



Er der nogen former for træning som du på sigt kunne ønske dig at komme i gang med?:

Er det noget i forbindelse med opstart af træning, som du har brug for vi er særlige opmærksomme på? (*f.eks. træningstøj, udgang, tidspunkt på dagen, hensyn til andre aktiviteter, m.m.*)

Hvilke mål kan vi sammen opstille for din træning og/eller har du selv nogle ønsker i forbindelse med din træning?:

Er der noget som fysisk begrænser dig i din træning? (*Smerter i kroppen, overvægt, problemer med knæ, ryg, el. lig.*):

**Pas skema**

	<p>Hvor mange timer og minutter sover du ca. på et almindeligt døgn? (<i>medtag middagslur</i>)</p>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">timer</td> <td colspan="4">Minutter</td> </tr> </table>									timer				Minutter			
timer				Minutter														
	<p>Hvor mange timer og minutter bruger du <i>dagligt</i> på cykling eller gang i forbindelse med transport til og fra aktiviteter?</p>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">timer</td> <td colspan="4">Minutter</td> </tr> </table>									timer				Minutter			
timer				Minutter														
	<p>Hvor mange timer og minutter om <i>dagen</i> bruger du ca. på at se TV, sidde ned og slappe af, læse, sidde ved computer, lytte til musik eller lignende?</p>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">timer</td> <td colspan="4">Minutter</td> </tr> </table>									timer				Minutter			
timer				Minutter														
	<p>Hvor mange timer og minutter bruger du <i>om ugen</i> på let fysisk aktivitet som fx gåture, let rengøring, tøjvask, køkkenarbejde, shopping, Nintendo Wii, eller let anstrengende motion som yoga, bowling eller lignende?</p>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">timer</td> <td colspan="4">Minutter</td> </tr> </table>									timer				Minutter			
timer				Minutter														
	<p>Hvor mange timer og minutter bruger du <i>om ugen</i> på hævearbejde, tungt husarbejde eller moderat anstrengende sport som fx gymnastik, dans, styrketræning, svømning, romaskine, kondicykel</p>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">timer</td> <td colspan="4">Minutter</td> </tr> </table>									timer				Minutter			
timer				Minutter														
	<p>Hvor mange timer og minutter <i>om ugen</i> bruger du på anstrengende sport og motion som fx løb, jogging, fodbold, tennis, aerobic, spinning eller lignende?</p>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">timer</td> <td colspan="4">Minutter</td> </tr> </table>									timer				Minutter			
timer				Minutter														

