Reliabilitet og validitet af **Psychiatric Assessment Schedules for Adults with Developmental Disabilities** (Mini PAS-ADD) i dansk oversættelse belyst ved undersøgelse af et repræsentativt udvalg af personer med udviklingshæmning som modtager støtte fra Århus kommunes bostøtte sammenholdt med almenpsykiatrisk undersøgelse.

Højde og vægt hos et repræsentativt udvalg af personer med udviklingshæmning som modtager hjælp fra Århus kommunes Bostøtte sammenholdt med resultater fra almenpsykiatrisk undersøgelse.

Center for Oligofrenipsykiatri
Århus Universitetshospital, Risskov
2009

Indhold

Forord	3
Resume	4
Psykiatrisk delundersøgelse	6
Højde-vægt undersøgelse	21

Bilag:

Dansk udgave af Mini PAS-ADD spørgeskema

Forord

Hermed foreligges resultaterne af en undersøgelse blandt let til moderat udviklingshæmmede borgere i Århus.

I planen for det oprindelige projekt indgik almindelig legemlig helbredsundersøgelse hos en praktiserende læge. Desværre har den pågældende læge været langtidssygemeldt og det har endnu ikke været muligt at behandle resultaterne af denne del af projektet, bortset fra forskellige forhold omkring højde og vægt.

Alligevel er vi sikre på, at den nu tilgængelige del af projektet giver megen ny viden, der kan omsættes i behandlings- og forebyggelsesmæssige foranstaltninger. En lettere omarbejdet engelsk udgave af undersøgelsen forventes publiceret i et internationalt tidsskrift.

Vi takker Århus Kommunes Socialforvaltning for velvillig hjælp til identificering af de potentielle deltagere og vi takker de mange pædagoger og andre socialarbejdere, der har brugt tid på at lade sig interviewe. Først og fremmest takker vi de udviklingshæmmede medborgere, der viste os tillid ved at deltage i projektet.

Vi takker Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse for økonomisk støtte uden hvilken projektet ville have været umuligt.

Kurt Sørensen
Per Lindsø Larsen

I projektet har deltaget:

Lægesekretær Annie Dahl Haagensen, Århus.
Speciallæge i almen medicin Jette Kraft, Århus.
Psykolog, mag.art. Per Lindsø Larsen, Århus.
Centerleder, overlæge Kurt Sørensen, Århus.
Speciallæge i psykiatri Leif Vedel Sørensen, Århus.

Reliabilitet og validitet af **Psychiatric Assessment Schedules for Adults with Developmental Disabilities** (Mini PAS-ADD) i dansk oversættelse belyst ved undersøgelse af et repræsentativt udvalg af personer med udviklingshæmning som modtager støtte fra Århus kommunes bostøtte sammenholdt med almenpsykiatrisk undersøgelse.

Højde og vægt hos et repræsentativt udvalg af personer med udviklingshæmning som modtager hjælp fra Århus kommunes Bostøtte sammenholdt med resultater fra almenpsykiatrisk undersøgelse.

Resume:

63 tilfældigt udvalgte udviklingshæmmede mennesker (33 mænd og 30 kvinder), der modtog hjælp fra Århus Kommunes Boostøtte, blev opfordret til at deltage i en almindelig helbredsundersøgelse hos en praktiserende læge og i en samtale med en privatpraktiserende psykiater. Desuden blev de bedt om tilladelse til at en psykolog interviewede kontaktpersoner ved hjælp af et standardiseret spørgeskema (Psychiatric Assessment Schedules for Adults with Developmental Disabilities, herefter Mini PAS-ADD), der belyser tilstedeværelsen af forskellige psykopatologiske fænomener.

48 (76,2 %). deltog i helbredsundersøgelsen, mens 45 (71,4 %) medvirkede i den psykiatrisk undersøgelse. Der blev foretaget Mini PAS-ADD interviewer med kontaktpædagoger til 50 (79,4 %). Kontaktpædagogerne blev for flertallets vedkommende geninterviewet efter ca. 2 uger ligesom der blev foretaget interviewer med sekundære kontaktpædagoger.

Ved anvendelse af gængse statistiske metoder (Spearman's rho) fandtes en signifikant overensstemmelse mellem første og andet interview (test-retest reliabilitet) og mellem oplysningerne givet af to forskellige kontaktpædagoger (interrater reliabilitet). Spørgeskemaets interne konsistens fandtes ved anvendelse af Cronbach's alpha at være tilstrækkelig.

I forhold til de diagnoser, der blev stillet ved den psykiatriske undersøgelse fandtes ved Mini PAS-ADD interviewet færre udviklingshæmmede med depression og angst. På den anden side udpegede Mini PAS-ADD interviewet ingen "raske" deltagere (falsk positive). Validiteten af Mini PAS-ADD er fundet lidt mindre end i forskellige udenlandske arbejder. Denne forskel diskuteres. Det peges bl.a. på, at Mini PAS-ADD ikke kan forventes at identificere mennesker med depression i remission, men kun aktuelt deprimerede.

Ved den psykiatriske undersøgelse stilledes en diagnose i overensstemmelse med kriterierne fra WHO's diagnoseliste ICD-10. 22 (48,9 %) havde en psykiatrisk diagnose ud over udviklingshæmningen, mens der ikke kunne stilles nogen ICD-10 diagnose hos 23 (51,1 %). De hyppigste diagnoser var angsttilstande (hos 9), mens der stilledes en depressionsdiagnose hos 8.

Blandt 13 af de 22, der havde en psykiatrisk diagnose, kunne der peges på tiltag til forbedring af den psykiatriske behandling (59,1 %), mens 9 (40,9 %) skønnedes at være i sufficient behandling.

Det konkluderes, at den psykiatriske sygelighed blandt udviklingshæmmede mennesker er større end hidtil antaget. .

Fra den almene helbredsundersøgelse foreligger resultaterne af højde- og vægtmålinger. Ved anvendelse af BMI inddeltes deltagerne i undervægtige, normalvægtige, overvægtige og fede i overensstemmelse med WHO's kriterier.

Der fandtes ingen undervægtige. Derimod var overvægtige udviklingshæmmede mænd sjældnere end i normalbefolkningen, mens fedme (BMI>30) var hyppigt forekommende hos udviklingshæmmede, især yngre, kvinder.

Hos udviklingshæmmede, der ved den psykiatriske undersøgelse havde fået stillet en angstdiagnose var fedme hyppigt forekommende. Samme tendens fandtes med hensyn til depression, men ikke i statistisk signifikant grad.

Resultaterne sammenholdes med internationale undersøgelser. Der peges på, at der er et meget stort behov for behandlings- og forebyggelsesmæssige tiltag i forhold til vægtproblemer.

Psykiatrisk delundersøgelse

Reliabilitet og validitet af **Psychiatric Assessment Schedules for Adults with Developmental Disabilities** (Mini PAS-ADD) i dansk oversættelse belyst ved undersøgelse af et repræsentativt udvalg af personer med udviklingshæmning som modtager støtte fra Århus kommunes bostøtte sammenholdt med almenpsykiatrisk undersøgelse.

Indledning

Blandt personer med psykisk udviklingshæmning er forekomsten af behandlingskrævende psykiske lidelser højere end i befolkningen som helhed. Undersøgelser, først og fremmest af udviklingshæmmede mennesker, der bor på institution, har vist, at ca. 1/3 udvikler psykiske sygdomme og adfærdsforstyrrelser.

Risikoen for udviklingen af psykiske sygdomme eller adfærdsforstyrrelser stiger med graden af udviklingshæmning. En dansk undersøgelse fandt, at 36 % af personer med IQ under 52 havde en psykisk lidelse, mens det for personer med en målt IQ på over 52 var 8 % (Lund, 1985). Andre finder sammenhængen mellem grad af udviklingshæmning og hyppigheden af psykiske lidelser mindre entydig.

På landsplan skønnes det, at der findes mindst 10.000 udviklingshæmmede med en psykisk lidelse (Jansen et.al.,1994; Sørensen, 1999). De psykiatriske ressourcer, som er til rådighed for personer med psykisk udviklingshæmning, er mindre end for normalt begavede. Dette forhold har i mange lande givet anledning til overvejelser om og anbefalinger af, hvorledes de sparsomme ressourcer udnyttes mest hensigtsmæssigt.

En undersøgelse af henvisningsmønsteret til psykiatrisk undersøgelse og behandling viser, at henvisningerne ofte er begrundede i ubevidste eller uudtalte bevæggrunde(Miach, 1979). På Center for Oligofrenipsykiatri er det en almindelig erfaring, at den grad af afvigende adfærd eller psyke, som medfører henvisning til psykiatrisk vurdering, er forskellig fra bosted til bosted, og det kan ikke udelukkes, at personer med udviklingshæmning med behov for psykiatrisk bistand ikke henvises.

På denne baggrund er der behov for metoder, der sikrer, at udviklingshæmmede mennesker, der har en behandlingskrævende psykiatrisk sygdom eller komplikation til udviklingshæmningen, henvises til undersøgelse og behandling, uden at behandlingssystemet overbelastes. Der har derfor de seneste år været meget fokus på udvikling af redskaber, der kan give det primære personale omkring den udviklingshæmmede bedre mulighed for hjælp til en kvalificeret vurdering af behovet for psykiatrisk hjælp.

Der er udviklet adskillige skalaer, rating scales, der tilsigter at give et objektivt mål for tilstedeværelsen og graden af forskellige psykopatologiske fænomener hos udviklingshæmmede mennesker. Blandt de ældste og bedst kendte er PIMRA (Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults) og Reiss Screen for Maladaptive Behaviour. Af nyere skalaer er PPS-LD (Present Psychiatric State-Learning Disabilities) og DASH (Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped). (Reiss 1987, Prosser et.al. 1997, Matson et.al 1991, Cooper 1997)

DASH-II bygger på samme principper som PIMRA og Reiss, men de områder, der belyses er særligt relevante ved de sværeste grader for udviklingshæmning. Fælles for de forskellige skalaer er, at de bygger på tilstedeværelsen eller fraværet af observerbare former for adfærd, men i modsætning til de øvrige medinddrager DASH-II sværhedsgraden og varigheden af den observerede afvigende adfærd.

I DASH-II er de diagnostiske kategorier (angsttilstande, autisme, mani, skizofreni, stereotypier, selvmutilation, spiseforstyrrelser, søvnforstyrrelser, seksuelle afvigelser, depression, manglende

impulskontrol, organiske forstyrrelser) der indgår, baseret på diagnosekriterierne fra DSM-III-R (APA, 1987) som ICD-10 repræsenterer en tilnærmelse til. I overensstemmelse hermed svarer spørgsmålene i DASH-II i vidt omfang til de spørgsmål, der stilles det pædagogiske personale ved en psykiatrisk undersøgelse af en svært udviklingshæmmet person uden talesprog.

Oligofreniklinikken undersøgte i 1996 anvendeligheden af en dansk version af DASH-II. Såvel reliabilitet og validitet fandtes tilfredsstillende.(Sørensen & Larsen, 1999) Imidlertid er DASH-II mest anvendelig hos personer med udviklingshæmning i svær eller dyb grad.

I begyndelsen af 1990'erne udarbejdede engelske forskere, under ledelse af Steve Moss Mini PAS-ADD (Psychiatric Assessment Schedules for Adults with Developmental Disabilities) , der særligt retter sig mod personer med let og moderat udviklingshæmning. I forhold til DASH-II er retningslinjerne for administration af testen mere veludviklede. Testens reliabilitet og validitet er undersøgt af udviklerne og uafhængige forskere med positive resultater. (Gonzales et.al. 2002, Prosser et.al. 1998)

Mini PAS-ADD er baseret på ICD-10 og består af i alt 86 spørgsmål (items). Spørgsmålene scores på en skala fra 0-4, efter i hvor omfattende grad det pågældende symptom er til stede. De 86 items er inddelt i 15 delscorer, der hver indgår i én eller flere af 7 diagnostiske grupper. For hver af de diagnostiske kategorier er der sat en klinisk signifikansgrænse. Hvis den samlede score er lig eller over denne, er der grundlag for henvisning til psykiatrisk undersøgelse.

Formål

Nærværende undersøgelse søger at klarlægge om en dansksproget version af Mini PAS-ADD har passende høj reliabilitet og validitet, og om anvendelsen af skalaen kan sikre, at de udviklingshæmmede mennesker, som har behov for psykiatrisk behandling, henvises og at de, der ikke er behandlingstrængende, ikke belaster behandlingssystemet unødigt. Er Mini PAS-ADD valid og reliabel, vil den være et godt supplement til DASH.-II idet den i særlig grad er egnet til personer med let eller moderat udviklingshæmning. Endvidere vil en undersøgelse med Mini PAS-ADD suppleret med en klinisk psykiatrisk undersøgelse give væsentlige oplysninger om det psykiatriske sygdomsmønster blandt mennesker med lettere udviklingshæmning.

Metoder

Før den kommunale strukturreform 1. januar 2007 blev omsorgen for udviklingshæmmede mennesker i Århus Kommune (ca. 250.000 indbyggere) dels varetaget af Århus amt dels af kommunen, idet amtet fortrinsvis drev døgninstitutioner for de udviklingshæmmede i sværere grad, ligesom amtet drev et antal beskyttede værksteder. Kommunen varetog væsentligst opgaver i forhold til mennesker med udviklingshæmning i lettere grad, blandt andet gennem Specialbistandsgruppen og Bo-støtten.

I undersøgelsen indgik beboere i Århus Kommune, der modtog hjælp fra Socialforvaltningens bostøtte, og som ikke bor i traditionelle døgninstitutioner. Det drejer sig om borgere i egen bolig, hjemmeboende, beboere i opgangsfællesskaber og i bofællesskaber uden døgnpersonaledækning

Kriterierne for deltagelse var

1. At pågældende er psykisk udviklingshæmmet i let til moderat grad.
2. har cpr-nr, som begynder med 02, 07, 12, 17, 22 eller 27.
3. har været tilknyttet bostøtten i mindst 1 år.

Beboere, der var personligt myndige blev bedt om skriftligt samtykke til deltagelse. Efter borgernes ønske kunne de nærmeste pårørende inddrages i beslutningen. Det understregedes at deltagelse var frivillig. Den gruppe af udviklingshæmmede mennesker, der blev bedt om at deltage udgjorde ca. 1/5 af en population bestående af ca. 300, der bortset fra de første cifre i cpr-nummeret opfyldte deltagelseskriterierne.

Ved undersøgelsen anvendtes en dansksproget version af Mini PAS-ADD, der er oversat under anvendelse af translations-retranslationsmetoden.

Områdelederne i de bydele, hvor deltagerne boede, blev anmodet om for hver deltager at udpege de to personalemedlemmer, der skønnedes at have det mest indgående kendskab til hver enkelt deltager.

De to personalemedlemmer blev interviewet enkeltvis, idet Mini PAS-ADD spørgeskemaet blev udfyldt af intervieweren. Alle interviewer blev gennemført af samme psykolog. Den primære kontaktperson geninterviewedes igen ca. 2 uger senere.

Mewd henblik på undersøgelse af Mini PAS-ADD's interrater-reliabilitet og re-retest-reliabilitet og skalernes interne overensstemmelse gennemførtes statistisk analyse under anvendelse af Spearman's rho og Cronbach's alpha.

Der gennemførtes klinisk psykiatrisk undersøgelse af de deltagere, der ville være med. Undersøgelsen foretoges af en erfaren praktiserende speciallæge i psykiatri, der var uden kendskab il resultaterne af Mini PAS-ADD interviewene. Undersøgelserne fulgte de retningslinjer, der almindeligvis anvendes ved en almindelig psykiatrisk undersøgelse. (Se f.eks. Hemmingsen & Parnas(1994)). Deltagerne i undersøgelsen var på forhånd ukendte for psykiateren, der heller ikke efterfølgende ville have behandlingsmæssige opgaver.

I det omfang der stilledes psykiatriske diagnoser ved undersøgelsen opfylder disse de diagnostiske kriterier fra ICD-10 (WHO (2005)).

Til statistisk bearbejdning af data anvendtes SPSS 16.

Materiale

Blandt 63 personer som opfyldte kriterierne for at deltage indvilgede 50 personer i at deltage i Mini PAS-ADD-undersøgelsen (79,4 %). Med hensyn til køn fandtes ingen signifikant forskel mellem

dem, der deltog og dem der ikke ønskede at deltage. (Tabel 1) Aldersmæssigt var deltagerne mellem 21 og 64 år gamle med en median alder på 37 år. Der var ligelig fordeling mellem kønnene (50%). Tabel 2.

Tabel 1. Kønsfordeling for deltagere og ikke-deltagere i undersøgelsen.

	Mænd	**Kvinder**	**I alt**
Deltager	25	25	50
Deltager ikke	8	5	13
I alt	**33**	**30**	**63**

Chi-square(1)=0,551. NS.

Tabel 2. Alders- og kønsfordeling for deltagerne i Mini PAS-ADD.

Deltagere i PAS-ADD undersøgelsen						
	N	Alder	SD	Median	Range	% af total
Kvinder	25	38,76	9,53	36,00	26-64	50,0
Mænd	25	38,80	9,30	37,00	21-58	50,0
I ALT	**50**	**38,78**	**9,32**	**37**	**21-64**	**100**

Lidt færre ønskede at deltage i den psykiatrisk undersøgelse (Tabel 3). Af de 63 adspurgte ønskede 45 personer (71,4 %) at deltage. Lidt flere kvinder end mænd sagde nej til denne del af undersøgelsen, idet kun 21 af de 30 adspurgte kvinder sagde ja (70 %) mod 24 af 33 adspurgte mænd (72,7 %).

Tabel 3.Alders- og kønsfordeling for deltagerne i den psykiatrisk undersøgelse.

Deltagere i psykiatrisk undersøgelse						
	N	Alder	SD	Median	Range	% af total
Kvinder	21	37,33	8,34	36,00	26-63	46,7
Mænd	24	38,87	9,49	38,50	21-58	53,3
I ALT	**45**	**38,16**	**8,90**	**37**	**21-63**	**100**

.

I alt 44 personer, svarende til 69,8 % af de adspurgte deltog i både Mini PAS-ADD undersøgelsen og den psykiatriske undersøgelse. (Tabel 4). Gruppen var repræsentativ for de mulige deltagere med hensyn til alder og køn.

Tabel 4. Alders- og kønsfordeling for deltagerne i såvel Mini PAS-ADD undersøgelsesdelen og den psykiatriske undersøgelsesdel.

Deltagere i PAS-ADD og psykiatrisk undersøgelse						
	N	Alder	SD	Median	Range	% af total
Kvinder	20	37,65	8,43	36,50	26-63	44,7
Mænd	24	38,87	9,49	38,50	21-58	55,3
I ALT	**44**	**38,32**	**8,94**	**37**	**21-63**	**100**

Den primære kontaktperson for de 50 deltagende i Mini PAS-ADD undersøgelsen blev interviewet.

I Alt 37 sekundære kontakpersoner interviewedes med henblik på interrater-reliabilitet, mens 40 af de 50 primære kontaktpersoner blev interviewet igen efter ca. 2 uger med henblik på undersøgelse af test-retest reliabilitet (Tabel 5). Forudsætning for deltagelse var, at pædagogen havde mindst 1 måneds kendskab til den udviklingshæmmede.

I de resterende tilfælde var det på grund af ferie, sygdom eller manglende tilstedeværelse ikke muligt at gennemføre geninterview eller interview med sekundær kontaktperson.

Tabel 5. Antal interviewede i Mini PAS-ADD.

Antal interviews	
	N
Interview af primærperson	50
Interview af sekundærperson	37
Geninterview	40
I ALT	**132**

De interviewede personalemedlemmer havde kendt deltagerne i gennemsnitligt 36 måneder, uden at de nødvendigvis havde været kontaktperson i hele perioden. De personalemedlemmer, der medvirkede ved det sekundære interview havde gennemsnitligt kendt deltagerne lidt længere (42 måneder). Se tabel 6

Tabel 6. Det pædagogiske personales kendskab til deltagerne i Mini PAS-ADD.

Interviewedes kendskab til den udviklingshæmmede (antal måneder)						
	N	Måneder	SD	Median	Range (mdr.)	Missing value
Primær (1. int.)	48	49,75	48,27	36	1-264	2
Sekundær (2.int.)	35	53,60	37,183	42	1-114	2

For 43 af dem, der ønskede at deltage i den psykiatriske undersøgelse blev denne og Mini PAS-ADD interviewene med den primære kontaktperson afviklet inden for en periode af maksimalt 30 dage. For 2 var tiden mellem psykiatrisk undersøgelse og interview mellem 30 og 60 dage.

Resultater

Tabel 7 viser graden af overensstemmelse mellem de oplysninger de primære og sekundære kontaktpersoner gav ved Mini PAS-ADD interviewene

Tabel 7. Inter-rater reliabilitet i Mini PAS-ADD interviewene.

Diagnosegruppe	Spearman's rho	Signifikans	*Manchester undersøgelsen*
Depression	.633	<.001	*0.62*
Angst	.652	<.001	*0.36*
Mani	.360	<.01	*0.37*
Tvangshandlinger	.598	<.001	*0.52*
Psykoser	.717	<.001	*0.61*
Uspecifikke	.702	<.001	*0.32*
Autisme	-	-	*0.65*

Overensstemmelsen, der er udtrykt ved Spearman's rho korrelation, viser en høj og statistisk signifikant grad af overensstemmelse. Til sammenligning viser tabellen tilsvarende resultater fra en engelsk undersøgelse(Prosser, 1998).

Af tabel 8 fremgår at der ligeledes var overensstemmelse mellem første og andet interview med den primære kontaktperson.

Tabel 8. Test-Retest reliabilitet i Mini PAS-ADD interviewene

Diagnosegruppe	Spearman's rho	Signifikans
Depression	.899	<.001
Angst	.876	<.001
Mani	.785	<.001
Tvangshandlinger	.485	<.001
Psykoser	.500	<.001
Uspecifikke	.817	<.001
Autisme	-	-

Tabel 9. Skalernes interne overensstemmelse (Internal Consistency)

Diagnosegruppe	Antal items	Cronbach's Alpha
Depression	20	.817
Angst	16	.610
Mani	10	.650
Tvangshandlinger	5	.527
Psykoser	8	.806
Uspecifikke	5	.693
Autisme	-	-

Cronbach alpha scoren, der omtales nærmere under diskussionen, er et mål for de enkelte diagnostiske skalaers interne overensstemmelse. Score over 0,50 udtrykker en moderat overensstemmelse mens score på over 0,70 udtrykker en særdeles god overensstemmelse.
Det fremgår at Mini PAS-ADD viste mindst intern overensstemmelse på skalaen for tvangshandlinger, men der er stadigvæk betydelig overensstemmelse. På de øvrige skalaer var overensstemmelsen god eller særdeles god. (Tabel 9). Målingen er baseret på første interview med den primære kontaktperson.

Tabel 10. Antal deltagere med psykiatrisk diagnose stillet hos psykiater og i Mini PAS-ADD.

Diagnosegruppe	**Psykiater**	**PAS-ADD**
Depression	8*	4
Angst	9	3
Mani	0	0
Tvangshandlinger	0	0
Psykoser	2	1
Uspecifikke	0	1**
Autisme	0	0
Flere diagnoser	4	
Ingen diagnose	23	

* 3 i remission , 1 med tilbagevendende depression, aktuelt ikke deprimeret..
** Deltog ikke i den psykiatriske undersøgelsesdel.

Antallet af psykiatriske diagnoser der blev stillet ved hjælp af Mini PAS-ADD og ved almen psykiatrisk undersøgelse. Det bemærkes, at flere af de psykiatriske diagnoser ikke indgår som selvstændige skalaer i Mini PAS-ADD og at fire af deltagerne havde periodisk optrædende depression men var på undersøgelsestidspunktet uden væsentlige depressive symptomer. Der var således overensstemmelse mellem antallet af deltagere med en depressiv lidelse, som blev fundet ved begge undersøgelsesmetoder. Derimod diagnosticeredes angsttilstande tre gange hyppigere ved den psykiatriske undersøgelse end ved brug af Mini PAS-ADD. Mens flere deltagere, der hos psykiater diagnosticeredes

Der stilledes i alt 28 psykiatriske diagnoser hos 22 deltagere (48.9 %, 95 % konfidensgrænser 33.7-64.2), mens 23 ikke opfyldte ICD-10's diagnostiske kriterier for psykiske lidelser eller adfærdsmæssige forstyrrelser. Det vil sige at der ikke kunne påvises nogen veldefineret psykisk sygdom. Alle vurderedes at være psykisk udviklingshæmmede bortset fra en enkelt, hvor diagnosen var organisk kognitiv forstyrrelse af lettere grad, en tilstand der ofte kræver den samme sociale indsats som udviklingshæmning.

De enkelte deltageres psykiatriske diagnoser og den undersøgende psykiaters behandlingsforslag fremgår at tabel 10.

Tabel 11. Psykiatriske diagnoser og behandlingsforslag for deltagerne i den psykiatriske undersøgelsesdel.

WHO kode	**Diagnose**	**Behandlingsforslag**
F40.1	Agorafobi med panikangst	
F40.0	Agorafobi uden panikangst	Eksponeringsbeh. + medicinskbehandling mod angst. Seponering af antipsyk. med.
F45.32	Nervøs diarré	
F33.4	Periodisk depression, p.t. i remission	
F33.4 F40.2	Periodisk depression, pt. i remission enkelt fobi	Psykoterapi
F33.0	Periodisk depression, pt. Af lettere grad, non melankoliform	Ændring af medicin Psykoterapi
F51.0	Non-organisk søvnløshed	Samtaler
F38.8	Anden affektiv sindstilstand eller tilstand	Tale med egen læge om præmenstruationsproblem.
F33.4	Periodisk depression, p.t. i remission	
F33.10 F40.0	Periodisk depression, p.t. af moderat grad, non-melankoliform Agorafobi, uden panikangst	Medicinændring Psykoterapi
F06.2	Organisk paranoid eller skizofreniform sindslidelse	Supervision til personale fra kognitiv adfærdsterapeut med kendskab til psykoser
F33.4 F40.01	Tilbagevendende depression, aktuelt ikke deprimeret Agorafobi uden panikangst	Medicin Eksponeringsbehandling
F33.10 F41.00	Periodisk depression, p.t. af moderat grad, non-melankoliform Moderat panikangst	Medicin psykoterapi.
F43.24 Z63.1	Tilpasningsreaktion med overvejende adfærdsforstyrrelse. Problemer i forhold til mor	
F40.01	Agorafobi med panikangst	Medicin Psykoterapi
F06.2	Organisk skizofreniform sindslidelse	
F40.00	Agorafobi uden panikangst	Psykoterapi
F40.0	Agorafobi, uden panikangst	Psykoterapi + medicin
F10.23	Afhængighed af alkohol, aktuelt afholdende under avasiv med. behandl.	
F90.9 F33.10	Hyperkinetisk forstyrrelse, uspec. Periodisk depression, p.t. af moderat grad non-melankoliform	Psykologsamtale
F10.26	Alkoholafhængighed, episodisk brug	
F06.7	Organisk kognitiv forstyrrelse af lettere grad	

Det fremgår at de hyppigste diagnoser er angsttilstande og depression.

Det fremgår også, at den psykiatriske undersøgelse hos 13 af de 22 deltagere (59,1 %), der havde en psykiatrisk diagnose, mundede ud i anbefalinger af behandlingstiltag, der muligt kunne forbedre deltagerens psykiske velvære, mens 9 (40,9 %) skønnedes at være i sufficient behandling.

Tabel 12. Sammenhæng mellem klinisk signifikant Mini PAS-ADD score og psykiatrisk lidelse, påvist ved traditionel psykiatrisk undersøgelse.

	Psykiatrisk Undersøgelse			
PAS-ADD		Diagnose	Ingen diagnose	I alt
	Diagnose	8	0	**8**
	Ingen diagnose	11	23	**34**
	I alt	**19**	**23**	**42**

Tabel 11 viser sammenhængen mellem antallet af deltagere, der scorede klinisk signifikant på en af Mini PAS-ADD skalaerne og de diagnoser, som den undersøgende psykiater stillede. Det bemærkes, at kun de deltagere, der både gennemgik Mini PAS-ADD undersøgelse og den psykiatriske undersøgelse indgår. Det fremgår, at Mini PAS-ADD peger på en psykiatrisk lidelse hos 8 af deltagerne, mens psykiateren mente at kunne påvise sådanne hos 19. I 23 tilfælde fandt hverken psykiater eller Mini PAS-ADD tegn på psykisk lidelse og Mini PAS-ADD identificerede ingen falsk positive tilfælde i forhold til den psykiatriske undersøgelse. På den anden side var der i alt 11 tilfælde, hvor psykiateren fandt at kriterierne for en ICD-10 diagnose var opfyldt, men hvor deltagerne ikke scorede klinisk signifikant på nogen af skalaerne i Mini PAS-ADD.

Diskussion

Den population, der bidrog med deltagere til nærværende undersøgelse består af mennesker, der alle på grund af deres intellektuelle handicap, har været i forbindelse med Århus Kommunes Socialforvaltning. Det er imidlertid ikke alle udviklingshæmmede mennesker, der visiteres til disse bistandsgrupper og det er langt fra alle mennesker med udviklingshæmning, der overhovedet kendes som sådanne i det sociale system. Det hænger delvis sammen med, at antallet af udviklingshæmmede mennesker, i hvert fald hvis psykisk udviklingshæmning er synonymt med mental retardering (som er WHO's betegnelse), er steget meget betydeligt i takt med at udviklingshæmning fra at være en lægelig diagnose (i 1980'erne), blev til den social diagnose (indtil 1994), for derefter at blive en psykologisk diagnose, der forenklet omfatter de 2,5 % dårligst begavede i samfundet (Sørensen & Larsen, 2006).

Selv om udgangspopulationen for undersøgelsen således ikke nødvendigvis afspejler forholdende hos den meget store gruppe af mennesker, der i dag kan opfattes som udviklingshæmmede, tyder

intet på, at den adskiller sig fra en repræsentativ gruppe af udviklingshæmmede mennesker i mere traditionel forstand. Udgangspopulationen var ca. 300 mennesker og deltagerne blev udvalgt efter et tilfældigt princip, nemlig deres fødselsdag. Den gruppe på 63, der henstod efter udvælgelsesproceduren, må derfor anses for at være repræsentativ for udgangsmaterialet og den er efter almindelige statistiske målestokke tilstrækkelig stor til, at der kan foretages meningsfulde analyse.(Mortensen, 1984)

I alt 50 personer ud af 63 mulige deltog i undersøgelsen, hvilket ligeledes almindeligvis betragtes som særdeles tilfredsstillende.

En enkelt af deltagerne i undersøgelsen fandtes ved den psykiatriske undersøgelse ikke udviklingshæmmet, men lidende af en organisk kognitiv forstyrrelse af lettere grad (F06.7), der bortset fra et senere begyndelsestidspunkt i livet, giver symptomer svarende til dem, der ses ved psykisk udviklingshæmning i lettere grad. Det tyder på, at de borgere, der modtager hjælp fra kommunens bo-støtte stort set alle er reelt udviklingshæmmede.

For vurdering af Mini PAS-ADD's egnethed som diagnostisk screeningsinstrument hos lettere til moderat udviklingshæmmede mennesker er det nødvendigt at undersøge testens reliabilitet og validitet.

Ved interrater-reliabilitet forstås i hvilket omfang testen giver sammenlignelige resultater uanset om det er pædagog A eller pædagog B, der bidrager med oplysningerne, mens det ved undersøgelse af test-retest reliabilitet undersøges om testen er uafhængig af tidsmæssige faktorer. Reliabilitet er således et væsentlig mål for en tests robusthed. Af tabel 7 og 8 fremgår, at Spearman's rho i alle diagnosegrupper er statistisk signifikant, og det kan derfor konkluderes, at inter-rater reliabiliteten er særdeles god. Også test-retest reliabiliteten var særdeles tilfredsstillende.

En væsentlig forudsætning for at en test kan betegnes som reliabel er desuden, at der intern overensstemmelse (internal consistency) indenfor de enkelte skalaer. Scoren for spørgsmålene inden for den enkelte skalaen skal så at sige trække i samme retning. Hvis det ikke er tilfældet er det udtryk for, at et eller flere spørgsmål er misvisende, og scoren for disse spørgsmål kan derfor trække i retning af et forkert udfald på skalaen.

Den hyppigst anvendte statistiske metode til måling af interrelationen mellem de enkelte spørgsmål indenfor de enkelte skalaer er Cronbach's alpha. Jo højere alpha værdi desto bedre overensstemmelse. Der eksisterer ikke nogen eentydig definition af, hvilken alpha-værdi, der er tilfredsstillende. Det hænger til dels sammen med, at en alt for høj alpha-værdi kan være udtryk for, at der er for mange overlappende eller overflødige spørgsmål i skalaen. Det hænger også sammen med, at flere spørgsmål i en skala sædvanligvis vil medføre en højere værdi end en skala med få spørgsmål. Derfor er det vanskeligt at sammenligne værdi for forskellige skalaer.

Af tabel 7 fremgår reliabiliteten i en engelsk undersøgelse. Det bemærkes, at man i denne har sammenlignet forskellige intervieweres scoringer, mens man i nærværende undersøgelse har sammenlignet forskellige kontaktpersoners oplysninger. At man ved begge reliabilitetsundersøgelser finder høje værdier af Spearman's rho peger ligeledes på testens reliabilitet.

Med validitet hentydes til i hvilken grad en tests resultater sig noget om den virkelighed, der måles. For en umiddelbar betragtning kan validiteten af Mini PAS-ADD forekomme at være mindre end reliabiliteten. I tabel 10 sammenstilles resultaterne af den psykiatriske undersøgelse med de diagnoser PAS-ADD interviewet pegede på. Principielt giver den anvendte undersøgelsesmetode ingen mulighed for isoleret at afgøre om diagnostiske uoverensstemmelser skyldes den medvirkende psykiater eller Mini PAS-ADD. En umiddelbar forventning vil imidlertid være, at psykiateren, der arbejder med klart afgrænsede diagnostiske kategorier vil nå frem til det resultat, der er "Sandheden". Hertil kommer, at de diagnostiske kriterier i ICD-10 er meget klart definerede, idet ideen bag systemet netop var, at flere psykiatere, der undersøgte den samme patient, nåede frem til ens diagnoser. Stort set alle psykiatere i Danmark har deltaget i kurser, hvor deltagerne diagnosticerede de samme patienter med overbevisende resultater.

I tabel 10 er der tilsyneladende en underdiagnosticering af depressive tilstande. Tages der imidlertid højde for, at man i den psykiatriske undersøgelse inddrager såvel tidligere som nuværende psykiske lidelser, mens Mini PAS-ADD giver et øjebliksbillede, er der god overensstemmelse mellem de to undersøgelsesmetoder. Derimod er der ikke nogen umiddelbar forklaring på, at angsttilstande diuagnosticeres væsentlig hyppigere ved den psykiatriske undersøgelse end i Mini PAS-ADD interviewet.

Diagnoserne fra Mini PAS-ADD og psykiater er sammenfattet i Tabel 12. Et væsentligt resultat synes at være, at de der får en diagnose ved Mini PAS-ADD interviewet også viser sig, at have en psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse ved psykiatrisk undersøgelse. Der er med andre ord ingen falsk positive. Derimod vil Mini PAS-ADD ikke kunne stå alene ved afgørelsen af, om en udviklingshæmmet borger har en psykisk sygdom eller ikke.

Den psykiatriske del af projektet peger på en meget høj grad af psykiatrisk sygelighed blandt udviklingshæmmede i lettere grad, idet knap halvdelen (48,9 %) opfyldte kriterierne for én eller flere psykiatriske diagnoser. Dette er væsentligt mere end man har fundet i tidligere undersøgelser. Lund (1985) undersøgte således en repræsentativ gruppe voksne udviklingshæmmede i Århus amt. Blandt 77 udviklingshæmmede mennesker med en IQ på 52-67 fandt han kun 14 (8 %) med en psykisk lidelse. I en tilsvarende svensk undersøgelse fandt Göstason (1985) at 11 ud af 64 (17 %) udviklingshæmmede mennesker med en IQ på 50-70 havde en psykisk lidelse.

I disse ældre nordiske undersøgelser anvendtes imidlertid andre diagnostiske kriterier (ICD-8), der var væsentlig mindre præcise end ICD-10, der anvendes i dag. Undersøgelserne var baserede på velfungerende registre over udviklingshæmmede, men sådanne registre findes ikke i dag.

I en lidt nyere amerikansk undersøgelse finder Bouras et.al. (1992) under anvendelse af DSM-III-R, der i mange henseender minder om ICD-10, at 33 % af en gruppe på 106 personer med udviklingshæmning i mild grad, har en psykiatrisk lidelse. En nyere oversigt af Whittaker & Read (2006) konkluderer at hyppigheden er væsentlig mindre. Imidlertid er denne analyse baseret på højst forskelligartede undersøgelsesmaterialer og metoder, hvori kun sjældent indgår egentlig psykiatrisk undersøgelse af den enkelte. Den foreliggende undersøgelse er den eneste nyere, der er baseret på individuel psykiatrisk undersøgelse.

Denne undersøgelse peger på, at psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser er særdeles udbredte blandt mennesker med udviklingshæmning i lettere grad. Det skønnes yderligere, at kun mindre end halvdelen (40 %) af dem, der har en psykisk lidelse får sufficient behandling. Dette kan

bl.a. skyldes, at der i Danmark kun er ganske få psykiatere, der har erfaring i undersøgelse og behandling af mennesker med udviklingshæmning.

Undersøgelsen peger endvidere på, at hyppigheden af psykiske lidelser blandt lettere udviklingshæmmede mennesker er væsentlig højere end tidligere antaget. Dette kan bl.a. skyldes de nyindførte diagnoseprincipper i ICD-10. Der er imidlertid et påtrængende behov for nyere og større undersøgelser, der kan be- eller afkræfte nærværende undersøgelses resultater.

Referencer

American Psychiatric Association (APA) (1987): DSM-III-R. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, 3th. Edition Revised. APA, Washington, DC.

Bouras, N. & Drummond, C. (1992): Behaviour and psychiatric disorders of people with mental hendicaps living in the community. (Journal og Intellectual Disability Research, 1992, 36, 349-357):

Cooper, S.A (1997): Epidemiology of psychiatric disorders in elderly compared with younger people with leaming disabilities. British Joumal of Psychiatry 170, 375-80.

Gonzales, G.R.G., Salvador-Carulla, L., Romero, C., Gonzales-Saiz, F., Romero, D.(2002): Feasibility, reliability and validity of the Spanish version of Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability: A structured psychiatric interview for intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research. Special Issue: Mental health and intellectual disability: X. Vol 46(3), Mar 2002, pp. 209-217.

Göstason, R.(1985): Psychiatric illness among the mentally retarded. A Swedish population study. Acta Psychiatirca Scandinavica, supplementum, no. 318, vol. 71, 1985.

Hemmingsen, R & J. Parnas: Det diagnostiske interview. I: R. Hemmingsen, J, Parnas, T. Sørensen, A. Gjerris, T.G. Bolwig og N. Reisby (red.): Klinisk Psykiatri. Munksgaard, København 1994.

Jansen, H., Jørgensen, F.U., Pedersen, K.E., Sørensen, K., Henning, B., Buch C.F.(1994): Udviklingshæmmede med psykiske lidelser. Dansk Psykiatrisk Selskab og Landsforeningen LEV, København, 1994.

Matson, J.L. , Gardner, W.I., Coe, D.A., Sovner, I.(1991): A scale for evaluating emotional disorders in severely and profoundly mentally retarded persons. Development of the Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped (DASH) scale. The British Journal of Psychiatry 159: 404-409 (1991).

Miach, A, Elliot, J. , Cava, J.(1979): The reffering therapist’s expectations of inpatient treatment: some atypical variants. Canadian Journal of Psychiatry, 24, 749-54.

Mortensen, P. S.(1984): Repræsentative undersøgelser. Systime. 1984.

Prosser H, Moss S.C, Costello, H., Simpson, N., & Patel, P.(1997): The MINI PAS-ADD: an assessment schedule for the detection of mental health needs in adults with learning disability (mental retardation). Hester Adrian Research Centre, University of Manchester, Manchester.

Prosser H, Moss S, Costello H, Simpson N, Patel P, Rowe S.(1998): Reliability and validity of the Mini PAS-ADD for assessing psychiatric disorders in adults with intellectual disability. J Intellect Disabil Res. 1998 Aug;42 (Pt 4):264-72.

Reiss, S (1987): Reiss Screen for Maladaptive Behavior. International Diagnostic Systems. Inc., Chicago, Ill.

Sørensen, Kurt (1999): Psykiatri og udviklingshæmning. I: Perlt, B. (red.): Udviklingshæmmede med sindslidelser – en tværfaglig udfordring. Socialt Udviklingscenter – SUS, 1999.

Sørensen, K. & Larsen, P.L.(1999): DASH-II – diagnostisk spørgeskema til identificering af udviklingshæmmede med psykiske lidelser. I: Perlt, B. (red.): Udviklingshæmmede med sindslidelser – en tværfaglig udfordring. Socialt Udviklingscenter – SUS, 1999.

Sørensen, K. & Larsen, P.L. (2006): Hvor mange udviklingshæmmede er der i Danmark? Vipu-Viden, 2006, 8. årg., nr. 2, s. 10-13.

WHO ICD-10: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier. Munksgaard, København 2005)

Højde og vægt hos et repræsentativt udvalg af personer med udviklingshæmning som modtager hjælp fra Århus kommunes Bostøtte sammenholdt med resultater fra almenpsykiatrisk undersøgelse.

Indledning

I en *WHO-rapport* fra 1998 blev det for første gang slået fast, at fedme er på vej mod at udgøre det væsentligste sundhedsproblem i den vestlige verden (*WHO, 1998*). Problemet har de seneste 20 år været jævnt stigende, således, at vi er på vej mod, at ca. halvdelen af befolkningen i Danmark er overvægtige. I 1987 var andelen af overvægtige danskere (Body Mass Index (BMI) > 25) ca 31 %, i 1994 ca 36 %, i 2000 ca. 42 % og i 2005 ca. 44 %. Gruppen af personer med svær overvægt (BMI >30) er i samme periode fordoblet fra 5,5 % i 1987 til 11,4 % i 2005.(*Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne*).

WHO har beregnet, at mellem 3 % og 8 % af de samlede sundhedsudgifter i den vestlige verden kan relateres til fedme. Overvægt og fedme er forbundet med øget sygelighed og øget dødelighed. Risikoen for Type 2-diabetes stiger kontinuerligt med BMI. Mere end 75 % af alle type 2 diabetikere er på diagnosetidspunktet overvægtige. For personer med svær fedme (BMI>35) er forekomsten af Type 2 diabetes øget 50-60 gange i forhold til slanke personer (BMI<22). Overvægt er ligeledes ledsaget af en øget forekomst af åreforkalkning i fx hjertet, hjernen og i benene Der er en overdødelighed blandt overvægtige med ca. en faktor 2.(*Sundhedsstyrelsen, 1999*).

Flere internationale undersøgelser tyder på, at overvægt og fedme er mere udbredt blandt personer med udviklingshæmning end i befolkningen generelt. I en undersøgelse af 1304 personer med udviklingshæmning i Australien fandt *Beange et.al. (2005)* at hyppigheden af fedme blandt mænd og kvinder med udviklingshæmning var henholdsvis 16 % og 27 % mod henholdsvis 8 % og 9 % i en almindelige befolkning. I en nyere norsk undersøgelse af 282 personer med udviklingshæmning i det vestlige Norge fandt *Hove(2004)* at fedme var til stede hos 15 % af mænd med udviklingshæmning og 25 % af kvinder med udviklingshæmning mod henholdsvis 6 % og 7 % i den almene befolkning. Under anvendelse af et andet skæringspunkt for fedme (BMI>27.8 for mænd og BMI>27.3 for kvinder) fandt *Rubin et.al.1998* fedme blandt 45 % af udviklingshæmmede mænd og 56 % af udviklingshæmmede kvinder i USA mod henholdsvis 33 % og 36 % i den samlede amerikanske befolkning. *Robinson et.al. (2000)* fandt i en undersøgelse af 500 personer med udviklingshæmning hyppigheden, at hyppigheden af fedme 13 % blandt mænd og 24 % blandt kvinder mod henholdsvis 18 % og 22 % i den engelske befolkning.

I flere undersøgelser er fedme især udbredt blandt kvinder med udviklingshæmning (*Beange et.al. 1995: Rubin et.al. 1998; Robertson et.al. 2000; Hove 2004*). Fedme synes ligeledes at være mere udbredt blandt personer med udviklingshæmning i mild eller moderat grad, mens undervægt er mest udbredt blandt udviklingshæmmede i svær grad (*Rimmer et.al 1993; Robertson et.al 2000; Hove 2004*). Endelig er fedme blandt personer med udviklingshæmning også fundet forbundet med selvstændig bolig, egne indkøb og madlavning (Rimmer et.al. 2003; Rubin et al 1998). En nyere undersøgelse peger desuden på, at overvægt og fedme kan være forbundet med tilstedeværelsen af psykiatriske lidelser (Petry et.al 2008).

Formål

Der eksisterer ikke offentliggjorte undersøgelser af vægtproblemer blandt danske udviklingshæmmede. Formålet med nærværende studie er, at undersøge omfanget af vægtproblemer blandt personer med udviklingshæmning i mild grad, der bor i egen bolig. Undersøgelsen vil ligeledes søge at klarlægge om vægtproblemer er forbundet med psykiatriske lidelser.

Metode

I undersøgelsen indgik beboere i Århus Kommune, der modtog hjælp fra Socialforvaltningens bo-støtte, et tilbud der henvender sig til udviklingshæmmede, først og fremmest i lettere grad, som ikke bor i traditionelle døgninstitutioner. Det drejer sig om borgere i egen bolig, hjemmeboende, beboere i opgangsfællesskaber og i bofællesskaber uden døgnpersonaledækning

Kriterierne for deltagelse var

1. At pågældende er psykisk udviklingshæmmet i let til moderat grad.
2. har cpr-nr, som begynder med 02, 07, 12, 17, 22 eller 27.
3. har været tilknyttet bostøtten i mindst 1 år.

Beboerne blev tilbudt en almindelig lægeundersøgelse, hvorunder højde og vægt registreredes med de metoder, der almindeligvis anvendes i almen praksis. På baggrund af disse oplysninger blev deltagernes BMI udregnet. BMI er defineret som kropsvægten i kg divideret med kvadratet på højden målt i meter,(vægt i kg/ højde i $m^{2)}$. Den anvendte kategorisering følger WHO (1998):

BMI	**Kategori**
<18,5	Undervægt
18.5-24.9	Ønskelig vægt
25.0-29.9	Overvægt
30+	Fedme

Deltagerne blev tilbudt almen psykiatrisk undersøgelse hos en praktiserende psykiater. Resultaterne af denne del af undersøgelsen er rapporteret særskilt.

Til statistisk bearbejdning af data anvendtes SPSS 16.

Deltagere

Blandt 63 personer, som opfyldte kriterierne for at deltage, indvilgede 48 personer i at blive undersøgt hos projektets praktiserende læge (76,2 %). Der var ikke nogen signifikant forskel mellem i antallet af mænd og kvinder der deltog. (Tabel 1)

Tabel 1. Kønsfordeling for deltagere og ikke-deltagere i lægeundersøgelsen.

	Mænd	**Kvinder**	**I alt**
Deltager	25	23	48
Deltager ikke	8	7	15
I alt	**33**	**30**	**63**

Aldersmæssigt var deltagerne mellem 21 og 64 år gamle med en median alder på 37 år. Heller ikke med hensyn til alder var der kønsforskel mellem dem, der deltog. Der var næsten ligelig fordeling mellem kønnene (48 % kvinder og 52 % mænd). Tabel 2.

Tabel 2. Alders- og kønsfordeling for deltagerne i lægeundersøgelsen.

Deltagere lægeundersøgelse						
	N	Alder	SD	Median	Range	% af total
Kvinder	23	37,33	8,34	36,00	26-64	48,0
Mænd	25	38,87	9,49	37,00	21-58	52,0
I ALT	**48**	**38,90**	**9,47**	**37**	**21-64**	**100**

Lidt færre ønskede at deltage i den psykiatriske undersøgelse, som rapporteret andetsteds. (Tabel 3). Af de 63 adspurgte ønskede 45 personer (71,4 %) at deltage. Lidt flere kvinder end mænd sagde nej til denne del af undersøgelsen, idet kun 21 af de 30 adspurgte kvinder sagde ja (70 %) mod 24 af 33 adspurgte mænd (72,7 %).

Tabel 3. Alders- og kønsfordeling for deltagerne i den psykiatriske undersøgelse.

Deltagere i psykiatrisk undersøgelse						
	N	Alder	SD	Median	Range	% af total
Kvinder	21	37,33	8,34	36,00	26-63	46,7
Mænd	24	38,87	9,49	38,50	21-58	53,3
I ALT	**45**	**38,16**	**8,90**	**37**	**21-63**	**100**

En deltager i den psykiatriske undersøgelsesdel deltog ikke i lægeundersøgelsen og en deltager i lægeundersøgelsen deltog ikke i den psykiatriske undersøgelse. I ét tilfælde blev der i forbindelse med lægeundersøgelsen ikke gennemført vægt og højdemåling. Alders- og kønsfordeling for de deltagere, der deltog i såvel lægeundersøgelsen som den psykiatriske undersøgelse fremgår af tabel 4.

Tabel 4. Alders- og kønsfordeling for dem der deltog i både læge- og psykiatrisk undersøgelse.

Deltagere i både psykiatrisk undersøgelsesdel og lægeundersøgelsen						
	N	Alder	SD	Median	Range	% af total
Kvinder	18	37,61	8,91	36.00	26-63	42,9
Mænd	24	38,87	9,49	38.50	21-58	57,1
I ALT	**42**	**38,33**	**9,16**	**37**	**21-63**	**100**

Resultater

Legemshøjde for deltagerne i lægeundersøgelsen fremgår af tabel 5. Deltageren med laveste højde var blandt kvinderne 147 cm og blandt mændene 155 cm. Den højeste kvinde og mand var henholdsvis 184 cm og 195 cm.

Tabel 5. Fraktiler for deltagernes legemshøjde.

Fraktiler for deltagernes legemshøjde							
	5 %	10 %	25 %	50 %	75 %	90 %	95 %
Mænd	156,5	164,8	170,5	175,0	185,0	189,4	193,5
Kvinder	147,8	152,3	157,8	165,5	170,0	178,8	183,4

Den samlede gennemsnitlige BMI-score for deltagerne i undersøgelsen var 28.1. Fordelt på BMI-kategorier er knap 40 % indenfor det optimale vægtområde. Det svarer nogenlunde til tal fundet for den samlede danske befolkning. 32,4 % af den danske befolkning befinder sig i overvægtsområdet mod kun 28,3 i denne undersøgelse. Til gengæld var antallet af personer med fedme tre gange så høj i undersøgelsen i forhold til befolkningen (32,6 % mod 11,1 % i befolkningen).(Tabel 6):

Tabel 6. BMI for deltagerne i lægeundersøgelsen.

	Befolkningen (2005) N=14487 (i %)*	Deltagerne (i %)
< 18,5	2,3	0
18,5-24,9	43,1	39,1
25-29,9	32,4	28,3
30 +	11,1	32,6

* Baseret på selvrapporterede oplysninger.

Det gennemsnitlige BMI for mænd er 26.6 mens det for kvinder er 29.8. Mens overvægt og fedme findes hyppigere blandt mænd i den samlede befolkning (52,7 % mænd mod 36,4 % kvinder) er fordelingen mellem kønnene modsat i denne undersøgelse. (50 % mod 72,7 %). Andelen af mænd med BMI>25 svarer således nogenlunde til mænd i befolkningen, men antallet af mænd med fedme er mere end dobbelt så høj i undersøgelsen (25 % mod 11,8 % i befolkningen). Tabel 7.

Blandt kvinder i undersøgelsen har hele 40,9 % et BMI større end 30, hvilket er næsten fire gange så hyppigt som blandt kvinder i befolkningen (11,0 %)

Tabel 7. Vægtkategorier blandt deltagerne sammenlignet med resultater fra normalbefolkningen (SUSY-undersøgelsen 2005). 95 % konfidensgrænse angivet i parentes.(jfr. Diem & Lentner 1975)

	Udviklingshæmmede i Århus		**Normalbefolkningen***
	Antal	Procent (95% CL)	Procent
Mænd:			
Undervægt	0	0 (0-13.7)	0.7
Ønskelig vægt	13	52 (31.3-72.2)	34.8
Overvægt	6	24 (9.4-45.1)**	52.7
Fedme	6	24 (9.4-45.1)	11.8
I alt	25	100	100
Kvinder:			
Undervægt	0	0 (0-15.4)	3.7
Ønskelig vægt	6	27,3 (10.7-50.2)	48.9
Overvægt	7	31.8 (13.8-54.9)	36.4
Fedme	9	40.9 (20.7-63.7)**	11.0
I alt	22	100	100

** Statistisk signifikant, p<.05

Tabel 8 viser deltagernes gennemsnitlige BMI fordelt på alder og køn. Der var en tendens til at især kvinder under 50 havde højt BMI. Tallene er dog for små til, at der kan drages sikre statistiske konklusioner.

Tabel 8. BMI for deltagerne fordelt på alder og køn. (Antal)

	20-29 år	30-39 år	40-49 år	+ 50 år
Mand	24,56 (4)	26,00 (9)	27,65 (10)	27,66 (2)
Kvinde	35,65 (2)	28,11 (12)	33,06 (5)	27,36 (3)
Begge køn	28,26 (6)	27,21 (21)	29,45 (15)	27,48 (5)

I projektet blev i alt 42 deltagere undersøgt hos såvel praktiserende læge som psykiater. Resultaterne af de psykiatriske undersøgelser er rapporteret andetsteds. De hyppigste diagnoser var angsttilstande og depression. Disse diagnoser stilledes henholdsvis 9 og 7 gange. Af Tabel 9 fremgår, at BMI var statistisk signifikant øget hos udviklingshæmmede mennesker med en angstdiagnose. BMI var lidt højere hos deltagere med depressionsdiagnoser. Forskellen var imidlertid ikke signifikant.

Tabel 9. BMI for deltagere med og uden psykiatrisk diagnose.

Psykiatrisk diagnose og BMI				
	Antal	BMI	SD	Sign.
Angst	9	34,03	9,243	P<.01
Uden angstdiagnose	33	26,80	5,523	
Depression	7	31,82	8,343	N.S.
Uden depression	35	27,65	6,664	

T(40)=2,985, p<.01. Der fandtes ingen signifikant alders- eller kønsforskel mellem deltagere med og uden depressionsdiagnose.

Diskussion

Indtagelse af føde er et af menneskets fundamentale behov. En banal konstatering er, at indtagelse af mere føde end der forbrændes medfører vægtøgning. I den almindelige befolkning er de færreste i tvivl om denne sammenhæng og det hører til den normale borgers almene viden, at overvægt på længere sigt kan medføre en lang række livsstilssygdomme som f..eks. diabetes 2, hjerte-kar-problemer og slidgigt. Enhver fornuft tilsiger derfor den almindelige borger, at han bør undgå at blive (for) overvægtig. Alligevel ser vi i disse år, hvad der kan betegnes som en fedmeepidemi. (Sundhedsstyrelsen, 1999).

En af forskellene mellem den normale borger og den udviklingshæmmede kan siges, at være graden af den ”fornuft” de er udstyret med. Det er kendetegnende for mange udviklingshæmmede mennesker, at de sætter umiddelbar behovstilfredsstillelse forud for langsigtede sundhedsmæssige overvejelser. Umiddelbart ville man derfor blandt udviklingshæmmede mennesker med fri adgang til føde, således som det var tilfældet for deltagerne i undersøgelsen, forvente en øget forekomst af overvægt eller fedme.

Nyere undersøgelser (Robertson et.al. 2000) viser imidlertid, at sammenhængen ikke er så entydig. I et stort studie omfattende 500 mennesker med udviklingshæmning i forskellig grad, der levede under mere eller mindre institutionsmæssige former, fandt man, at udviklingshæmmede mænd og kvinder var undervægtige i højere grad end normalbefolkningen, samtidigt med, at hyppigheden af

fedme, defineret som BMI>30, var langt højere blandt udviklingshæmmede kvinder i forhold til baggrundsbefolkningen.

En undersøgelse af 200 udviklingshæmmede mennesker, der ikke boede på institution viste ligeledes en høj hyppighed af fedme blandt kvinderne (30 %) (Turner 1997).

Nærværende undersøgelse bekræfter således, at hyppigheden af fedme er øget hos yngre udviklingshæmmede kvinder, der lever uden for institutionsmæssige boformer.

Det er derimod overraskende, at hyppigheden af overvægt blandt udviklingshæmmede mænd tilsyneladende er mindre end i den øvrige befolkning.

Det er tænkeligt, at udviklingshæmmede mænd i højere grad end kvinder får hjælp til indkøb og madlavning af deres (oftest kvindelige) støttepædagoger. Det er ligeledes tænkeligt, at udviklingshæmmede kvinder i højere grad fører egen husholdning end mænd, der ofte deltager i bostøttens fællesspisningsarrangementer, hvor det er muligt i højere grad at vælge sunde og fedtfattige fødevarer. Dette kunne være en afspejling af et traditionel kønsrollemønster.

Endvidere tyder flere undersøgelser på, at en lavere grad af fysisk aktivitet blandt personer med udviklingshæmning er en væsentlig del af forklaringen på vægtproblemerne (*Messent et.al. 1998; Draheim et.al. 2002, Temple and Walkley 2003; McGuire 2007; Robertson 2000*).
I den tidligere nævnte engelsk undersøgelse blandt 500 personer med udviklingshæmning undersøgte man, hvor mange der levede op til de officielle engelske anbefalinger om mindst 12 timers moderat fysisk aktivitet over en 4 ugers periode. Mellem 80 % og 92 % af de udviklingshæmmede (afhængigt af boform) faldt under denne grænse og måtte anses for fysisk inaktive i et omfang, der repræsenterede en øget risiko for bl.a. hjertekarsygdomme. I den samlede engelske befolkning er 53 % af mænd og 64 % af kvinder fysisk inaktive.(Robertson et.al. 2000).

Flere forskere har peget på, at fysisk aktivitet er den enkeltfaktor, der er væsentligst for at imødegå vægtproblemer og forbedre udviklingshæmmede menneskers generelle helbredstilstand. (*Emerson 2005; Chapman 2005*).

I Danmark er der indtil videre kun gennemført to pilotprojekter, der søger at ændre udviklingshæmmedes motionsvaner. I det daværende Frederiksborg amt blev i 2002 gennemført projektet ”Sundt er sjovt”, hvor 32 personer med udviklingshæmning både deltog i fastlagte motionsaktiviteter og fik undervisning i kost og ernæring. Deltagerne tabt gennem projektperioden ca. 3-6 kg og i evalueringsundersøgelsen angav 30 af de 32 at de ønskede at fortsætte med den ændrede livsstil (*Sundt er sjovt, 2003*).

I 2008 gennemførtes i pilotprojekt i Assens, hvor 13 udviklingshæmmede deltog i et 4-ugers forløb med 1 ½ times motion 3 gange ugentligt. Før og efter forløbet blev deltagerne bl.a. målt med ”Senior Fitness Test” (*Rikli et.al 2001*) og de 13 deltagere med en gennemsnitsalder på 44 år forbedrede gennem forløbet deres fysiske funktionsalder fra ca. 80 år til ca. 60 år (*Madsen, 2008*).

Sammenhængen mellem BMI og psykiske lidelser i normalbefolkningen er kun sparsomt belyst i litteraturen. Hvor denne problemstilling har været aktuelt, har undersøgelserne mest omhandlet specielle undergrupper i befolkningen. Således undersøgte Petry el.al. (2008) sammenhængen mellem BMI og psykiske lidelser hos 41.654 tidligere eller nuværende patienter med

alkoholmisbrug. De fandt at der var en sammenhæng mellem forhøjet BMI og forekomsten af angstlidelser, især i form af generaliseret angst, agorafobi uden panikangst og enkeltfobier. Også hyppigheden af affektive lidelser, som f.eks. depression, var øget hos mennesker med højt BMI.

I den foreliggende undersøgelse er sammenhængen mellem angst og overvægt hos udviklingshæmmede mennesker beskrevet for første gang. Der var også her en om end ikke statistisk signifikant tendens til øget forekomst af depression hos overvægtige med udviklingshæmning. Det skal i den sammenhæng pointeres, at materialets størrelse ikke tillader at der drages mere vidtgående konklusioner.

Den påviste sammenhæng mellem BMI og angst, rejser spørgsmålet om hvad der er årsag og hvad der er virkning.

Det er nærliggende at en høj grad af fedme har en negativ virkning på individets selvværd og at dette kan føre til følelse af mindreværdighed og usikkerhed i forbindelse med omgang med andre mennesker. Det er tænkeligt, at sådanne problemer kan medvirke til udviklingen af en angstlidelse.

På den anden side er det højest tænkeligt, at angst, specielt i form af agorafobi, forhindrer almindelig færdsel ude i samfundet og ”tvinger” den udviklingshæmmede til et mere stillestående liv. Mange af de medikamenter, der anvendes i behandlingen af angst har som bekendt sløvende (sederende) bivirkninger.

Samlet peger undersøgelsen således på, at der specielt blandt yngre udviklingshæmmede kvinder er betydelige vægtproblemer, der påvirker livskvaliteten i negativ retning. Der er behov for en målrettet indsats, hvori må indgå såvel behandlingsmæssige som forebyggende elementer. I nærværende undersøgelse omfatter kun vægtproblemer, men en lang række studier viser, at livsstilssygdomme er meget udbredte blandt udviklingshæmmede mennesker (Carmelli 2000, Robertson et.al. 2000, Aalto, M. 2000). Det vil derfor være nærliggende allerede fra skolealderen eller endnu før, at arbejde bevidst med sundhedsmæssige emner som kost, motion, tobaksrygning m.m.

Der er brug for yderligere undersøgelser med opfølgningsstudier, der kan belyse effekten af sådanne tiltag.

Referencer

Aalto, M.(2000): The situation of elderly people with intellectual disabilities in Finland. (Oplæg på IASSID verdenskongres, Seatlle, aug. 2000).

Beange, H., McElduff, A., & Baker, W. (1995). Medical disorders of adults with mental retardation: A population study. *American Journal on Mental Retardation, 99*(6), 595-604.

Carmelli, E. (2000): Comparison of the clinical characteristics of institutionalized ageing adults with and without handicap. (Oplæg på IASSID verdenskongres, Seatlle, aug. 2000).

Chapman, M. J., Craven, M. J., & Chadwick, D. D. (2005). Fighting fit?: An evaluation of health practitioner input to improve healthy living and reduce obesity for adults with learning disabilities. Journal of Intellectual Disabilities, 9(2), 131-144.

Diem, K. & Lentner, C.(1975): Scientific tables. Confidence Limits for p, s. 85-98. Ciba-Geighy, Basel.

Draheim, C.C., Williams, D.P., McCubbin, J.P(2002).: Prevalence of physical inactivity and recommended physical activity in community-based adults with mental retardation. Mental Retardation. Vol 40(6), Dec 2002, pp. 436-444.

Emerson, E. (2005). Underweight, obesity and exercise among adults with intellectual disabilities in supported accommodation in northern england. Journal of Intellectual Disability Research, 49(2), 134-143.

Hove, O. (2004). Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community. Research in Developmental Disabilities, 25(1), 9-17.

Madsen, L.P.: Mini-evalueringsrapport. Ha' det godt. ASABO maj 2008.

McGuire, B. E., Daly, P., & Smyth, F. (2007). Lifestyle and health behaviours of adults with an intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research, 51(7), 497-510.

Messent, P.R., Cooke, C.B., Long, J. (1998): Physical activity, exercise and health of adults with mild and moderate learning disabilities. British Journal of Learning Disabilities. Vol 26(1), 1998, pp. 17-22.

Petry, N. M., Barry, D., Pietrzak, R. H., & Wagner, J. A. (2008). Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Psychosomatic Medicine, 70(3), 288-297.

Rikli, R.E & Jones, J. (2001): Senior Fitness Test Manual. Human Kinetics Publishers, London.

Rimmer, J. H., Braddock, D., & Fujiura, G. (1993). Prevalence of obesity in adults with mental retardation: Implications for health promotion and disease prevention. Mental Retardation, 31(2), 105-110.

Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatton, C., Turner, S., Kessissoglou, S., et al. (2000). Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. Research in Developmental Disabilities, 21(6), 469-486.

Rubin, S. S., Rimmer, J. H., Chicoine, B., Braddock, D., & McGuire, D. E. (1998). Overweight prevalence in persons with down syndrome. Mental Retardation, 36(3), 175-181.

Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Sundhedsstyrelsen (1999): Overvægt og fedme. Befolkningens sundhed set i relation til den øgede forekomst af fedme. Sundhedsstyrelsen, København 1999.

Sundt er sjovt – et forsøgsprojekt i Frederiksborg amt for udviklingshæmmede med vægtproblemer. Sygekassernes Helsefond, Frederiksborg Amt og Landsforeningen LEV. 2002.

Temple, V., Walkley, J.W. (2003): Physical activity of adults with intellectual disability. Journal of Intellectual & Developmental Disability. Vol 28(4), Dec 2003, pp. 342-352.
Turner, S.:(1997): The health needs of people using learning disabilities services in Tameside and Glossop. Manchester: Hester Adrian Research Center.

World Health Organization (1998): Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, 3-5 june 1997. Genewa:WHO.