



Psykisk helbred hos patienter i Grønlands sundhedsvæsen

Inge lynge · Povl Munk-Jørgensen · Amalia Lynge Pedersen · Gert Mulvad · Peter Bjerregaard

Psykisk helbred hos patienter i Grønlands sundhedsvæsen

Inge lynge • Povl Munk-Jørgensen • Amalia Lynge Pedersen • Gert Mulvad • Peter Bjerregaard

Psykisk helbred hos patienter i Grønlands sundhedsvæsen

Inge Lynge, Povl Munk-Jørgensen, Amalie Lynge Pedersen, Gert Mulvad og Peter Bjerregaard

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed og forfatterne, København 2003

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes tilsendt.

Tryk: Kailow Graphic

Oplag: 600 eksemplarer

Omslag: Farvetværsnit af Hans Lynge: Moders drøm.

Rapporten kan købes ved henvendelse til:

Statens Institut for Folkesundhed (SIF)
Svanemøllevej 25 - 2100 København Ø
Telefon 3920 7777 - Telefax 3920 8010
E-mail: sif@si-folkesundhed.dk
www.si-folkesundhed.dk

Pris: 100,00 kr.

ISBN: 87-7899-061-0

ISSN: 1601-7765

Forord

"Psykisk helbred hos patienter i Grønlands Sundhedsvæsen" dokumenterer, at psykiske forstyrrelser og sygdomme er udbredte i Grønland, og påviser at opvækstvilkårene i familier med alkohol- og hashmisbrug præger børnene gennem hele livet og øger deres psykiske sårbarhed. Risikoen for at udvikle en psykiatrisk lidelse er størst blandt personer med dårlige skolekunderskaber og uden erhvervsuddannelse. Psykisk sundhed er således et samfundsanliggende, som vi tvinges til at tage stilling til.

Undersøgelsen afdækker også store udfordringer for vort sundhedsvæsen. Ofte er hverken patient eller læge klar over, at det er dårlig psykisk trivsel, der ligger bag henvendelsen. Mange psykiske forstyrrelser giver sig udslag i kropslige fornemmelser, uden at det faglige personale opfatter den rette sammenhæng. Det er derfor nødvendigt, at personalet lærer at kommunikere bedre med patienterne og at kunne påvise blandt andet depressioner langt tidligere. Ud over mangel på grønlandsk uddannet personale vil en forbedret tolketjeneste og en forbedret introduktion af sundhedspersonalet i grønlandsk sprog og kultur kunne være mulige veje frem. På den behandlingsmæssige side efterlyses et helhedsorienteret syn på patient, dennes familie og samlede livssituation. Endelig ønskes en øget indsats over for misbrugsproblemer hos gravide og i børnefamilier.

Undersøgelsen er perspektivrig og fører frem til en række anbefalinger. Som det første Landsstyremedlem med ansvar både for Familier og Sundhed ser jeg i denne nye kombination mange muligheder for at skabe trygge rammer for psykisk udvikling og sundhed i Grønland.

Ruth Heilmann
Landsstyremedlem for Familier og Sundhed

Forfatternes forord

Projektet har haft en lang vej at gå. Grundplanen blev udarbejdet i 1996 og præsenteret ved 10th International Congress on Circumpolar Health i Anchorage, Alaska 1996 i håb om at sammenlignelige undersøgelser kunne iværksættes i andre inuitområder. Dette er dog ikke sket. Oprindeligt omfattede undersøgelsesplanen tre sundhedsdistrikter, men af ressourcemæssige årsager måtte den reduceres til to.

Mange udover forfatterne har været involveret i projektet.

WHO Collaborating Centre i Risskov, Århus, Overlæge Aksel Bertelsen, bidrog med materiale til undersøgelsens fase 2, og SCAN træning af forskningsmedarbejder cand.psyk. Amalia Lyng Pedersen.

Overlæge, dr.med., ph.d. Per Fink, Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser, Århus, bidrog med spørgeskemaer vedrørende psykosomatik og rådgivning vedrørende fase1/fase2 opbygningen.

Programmør Søren Skadhede, dengang Afdeling for Psykiatrisk Demografi, Århus, har foretaget programmering og behandling af data fra SCAN undersøgelsen, fase 2.

Læge, ph.d. Morten Steen Hansen bidrog med råd vedrørende vægtning af materialet i fase 2 til udregning af prævalenstal.

Translatør Esther Eriksen oversatte resuméet til grønlandsk.

Translatør Carl Christian Olsen bidrog med grønlandsk versionering af SCAN spørgsmålene.

Kultursociolog, ph.d. Tine Curtis, SIF, Afdeling for Grønlandsforskning, foretog en kritisk gennemgang af manuskriptet.

Sekretær Susanne Brenaa Reimann, SIF, Afdeling for Grønlandsforskning, foretog lay-out af manuskriptet.

Sundhedsmedhjælper Jaaraq Olsen og stud.mag. Arnajaaraq Sommer koordinerede undersøgelserne i Nuuk og Qasigiannuit.

Følgende har ydet økonomisk støtte til projektet: Kommissionen for Videnskabelige Undersøgelser i Grønland; Grosserer Chr. Andersen og hustrus fond og Grønlands Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd.

Hjertelig tak til alle. Særlig tak til deltagerne i undersøgelsen. Uden dem ingen undersøgelse. Det gælder patienterne, der midt i en travl hverdag og måske sygdomsbekymring gav deres tid og besvarede spørgeskemaerne, men også tak til dem, der afslog, men hvis kommentarer vi har citeret.

Lige så stor tak til lægerne på lægeklinikken i Nuuk og sundhedscentret i Qasi-giannguit. De har med åbent sind medvirket til at afdække problemer og dermed vist vejen til forbedringer af den sundhedstjeneste, som vi alle ønsker, skal fungere så godt som muligt til varetagelse af patienternes behov.

Inge Lyng

Indholdsfortegnelse

Resumé	9
1. Indledning	15
<i>Formålet med undersøgelsen</i>	<i>17</i>
<i>Læsevejledning</i>	<i>17</i>
2. Det grønlandske sundhedsvæsen	19
<i>Lægeklinikken i Nuuk</i>	<i>19</i>
<i>Qasigiannguit sygehus</i>	<i>20</i>
3. Undersøgelsens design	21
4. Undersøgelsespopulationen	23
<i>Sproglige og etniske forhold</i>	<i>26</i>
<i>Uddannelse og erhverv</i>	<i>27</i>
<i>Patienternes indstilling til undersøgelsen</i>	<i>29</i>
<i>Arbejdet med tolk</i>	<i>29</i>
<i>Konklusion vedrørende undersøgelsens deltagere</i>	<i>31</i>
5. Årsag til at søge læge	33
<i>Patienternes vurdering</i>	<i>33</i>
<i>Lægernes vurdering</i>	<i>34</i>
<i>Lægernes handlinger i forbindelse med undersøgelsen</i>	<i>36</i>
<i>Sammenligning af patienternes og lægernes udsagn</i>	<i>37</i>
<i>Konklusion vedrørende årsag til henvendelsen</i>	<i>37</i>
6. Tilstedeværende psykiske problemer eller psykiske forstyrrelser	39
<i>Konklusion vedrørende tilstedeværende psykisk forstyrrelse eller psykiske problemer, uanset årsagen til patientens henvendelse</i>	<i>42</i>
7. Selvrapporterede mål for psykisk helbred	43
<i>General Health Questionnaire</i>	<i>44</i>
<i>Konklusion vedrørende selvrapporteret psykisk sårbarhed</i>	<i>47</i>

<i>Somatisering</i>	47
<i>Whiteley-7 skala for somatisering og hypokondri</i>	49
<i>SCL-12 skala for somatisering</i>	50
<i>Konklusion vedrørende somatisering</i>	53
8. Misbrugsproblemer	55
Alkohol	55
<i>Drikkemønstre</i>	55
<i>Alkoholrelaterede sociale problemer</i>	57
<i>Alkoholproblemer og sårbarhed målt ved GHQ-12</i>	60
Hash	61
<i>Konklusion vedrørende misbrugsproblemer</i>	62
9. SCAN undersøgelsen	65
De psykiatriske diagnoser	71
<i>Beskrivelse af de enkelte diagnoser</i>	72
<i>Konklusion vedrørende resultatet af de psykiatriske interviews</i>	77
Særligt udsatte grupper	77
<i>Konklusion vedrørende psykiatriske diagnoser og særligt udsatte grupper</i>	82
10. Konklusioner og anbefalinger til udvikling af den primære sundhedstjeneste	83
11. Litteratur	85
12. Eqqikkaaneq/Resumé	89
Bilag	
Bilag 1. General Health Questionnaire (GHQ-12)	97
Bilag 2. Model til screening for psykiatrisk forstyrrelse	99
Bilag 3. Vægtning af materialet i fase 2	103

Resumé

Denne rapport er en præsentation af resultaterne fra en undersøgelse af det psykiske helbred hos patienter i den primære sundhedstjeneste i Grønland, herunder forekomsten af psykiske lidelser, hvordan de præsenteres, og i hvilket omfang de diagnosticeres og behandles.

Undersøgelsens design og deltagerne

Undersøgelsen har to faser. Fase 1 består af selvudfyldte spørgeskemaer med spørgsmål om årsagen til at søge læge, om patienterne har haft psykiske problemer nu eller tidligere, psykisk sårbarhed mv., samt spørgsmål om sociale forhold. De blev besvaret af alle deltagere. Lægerne besvarede også spørgsmål om deres opfattelse af årsagen til, at patienten søgte læge, hvad der kom ud af konsultationen, samt deres indtryk af patientens psykiske helbred i øvrigt. Lidt mere end en fjerdedel af deltagerne gik videre til fase 2, som består af et struktureret psykiatrisk interview, hvis data gør det muligt at stille en psykiatrisk diagnose, således som de er defineret i WHO's internationale sygdomsklassifikation ICD-10.

Undersøgelsen omfatter 18-64-årige, der af sygdomsmæssige årsager søgte læge i dagtiden hos den primære sundhedstjeneste i to byer, Nuuk og Qasigiannuit. I den måned, undersøgelsen stod på, søgte 15% af alle mænd og 30% af alle kvinder læge mindst én gang. Heraf deltog 13% af mændene og 20% af kvinderne, i alt 376 patienter, i undersøgelsens fase 1. 100 patienter deltog i fase 2, det psykiatriske interview.

340 af de 376 deltagere blev af undersøgelsens koordinator opfattet som grønlandere, 18 som danskere, mens de resterende 18 havde blandet eller uoplyst etnisk tilhørsforhold. To tredjedele af alle havde lønnet arbejde, mens 11% var uddannelsessøgende, og næsten en fjerdedel var uden for erhverv.

På grund af frafaldet blandt dem, der blev anmodet om at deltage i undersøgelsen, er det ikke muligt at afgøre i hvilket omfang deltagerne er repræsentative for alle lægesøgende, men det påvirker ikke de væsentligste resultater, som stammer fra sammenligninger mellem grupper af deltagerne.

Årsagen til at søge læge

I 59% af tilfældene var lægen og patienten enige om, at årsagen til patientens henvendelse var en ren legemlig lidelse, og for 5% at det drejede sig om psykiske problemer alene eller sammen med legemlige, men for de resterende havde lægen og patienten forskellig opfattelse af karakteren af de problemer, der var årsag til henvendelsen. Lægernes forhåndskendskab til patienterne var ringe i Nuuk, men godt i den mindre by Qasigiannuit. Lægens forhåndskendskab til patienten ændrede ikke ved, om lægen og patienten havde forskellig opfattelse af årsagen til patientens henvendelse.

Psykiske problemer nu og tidligere

Inden for den sidste måned havde 6% af mændene og 19% af kvinderne haft psykiske problemer, mens 5% af mændene og 25% af kvinderne oplyste, at de havde haft psykiske problemer tidligere. Men flere end dem, der oplyste at de tidligere havde haft psykiske problemer, havde tidligere enten været i psykiatrisk behandling eller søgt anden hjælp for psykiske problemer. Især for mænd, men også for kvinder, synes der således at være en betydelig underrapportering af tidligere psykiske problemer.

Psykisk sårbarhed

Psykisk sårbarhed er målt med Goldbergs General Health Questionnaire (GHQ-12). 51% af alle undersøgelsesdeltagerne kunne betegnes som sårbare (2 points og derover ved GHQ-12). Der var flere sårbare kvinder end mænd, men ingen klar sammenhæng med alder. Derimod var der flere sårbare uden tilknytning til arbejdsmarkedet end blandt dem, der enten havde arbejde eller var i gang med en uddannelse. Der var meget stor forskel på forekomsten af sårbarhed i forskellige patientgrupper. Mere end 90% af dem, der var nedtrykte eller havde haft psykiske problemer sidste måned, tilhørte gruppen af sårbare. Resultaterne er i overensstemmelse med dem, der blev fundet for sammenlignelige grupper i Sundhedsprofilundersøgelsen. I den blev anvendt samme metodik. Deltagerne i Sundhedsprofilundersøgelsen udgjorde en repræsentativ del af hele befolkningen.

Somatisering

Det fænomen, at forskellige former for psykisk belastning og psykiske sygdomme kan medføre legemlige symptomer og uforholdsmæssig sygdomsbekymring, er belyst ved spørgeskemaer og ved udsagn af lægen.

En fjerdedel af kvinderne og en femtedel af mændene har været generet af mange forskellige slags smerter. Kvinder har signifikant hyppigere hovedpine, svimmelhed og en klump i halsen end mænd. Flere kvinder end mænd er optaget af bekymring for sygdom, generet af mange forskellige sygdomssymptomer og tvivl på, om lægen har ret, når han siger, at der ikke er noget at bekymre sig over. Sammenlignet med patienter i Danmark har dog kun halvt så mange i Grønland givet udtryk for manglende tiltro til lægens forsikringer om, at der ikke er noget at bekymre sig for.

Lægen opfattede 26% af kvinderne og 15% af mændene som somatiserende og 33% af kvinderne og 15% af mændene som hypokondert optagede. Overensstemmelsen mellem patienternes svar på somatiseringsskalaerne og lægens vurdering var god for den skala, der omhandler konkrete symptomer, mens den var mindre god for den skala, der mere handler om sygdomsfrygt og bekymring.

Alkoholforbrug og drikkemønster

Det gennemsnitlige ugentlige alkoholforbrug blev af mændene angivet til 9 genstande og af kvinderne til 5 genstande. Det svarer nogenlunde til det selvan-givne forbrug hos almenbefolkningen i Sundhedsprofilundersøgelsen. I begge undersøgelser må man dog regne med en betydelig underrapportering af forbruget. 30% af mændene og 15% af kvinderne havde et problematisk drikkemønster i form af rusdrikkeri og/eller storforbrug. En række helbreds- og psykosociale problemer var hyppigere forekommende hos dem, der havde et problematisk drikkemønster. Det gælder helbredsproblemer generelt, det at være kommet til skade eller have skadet andre ved uheld, haft svært ved at møde på arbejde og manglet penge. Skænderi i familien var meget udbredt, blandt rusdrikkere 25%, mens det var 12% blandt dem, der ikke selv havde alkoholproblemer.

Mere end halvdelen af patienterne, flest unge, havde ofte eller af og til oplevet alkoholproblemer i barndomshjemmet. De, der havde oplevet alkoholproblemer i barndomshjemmet, havde ofte også selv misbrugsproblemer. Således havde flere af dem været stærkt berusede inden for den sidste måned, ligesom skænderier i familien var hyppigere blandt dem med sådanne barndomsoplevelser. 55% angav alkoholproblemer i nærmeste familie og/eller hos sig selv, og der var ingen tendens til at de, der havde hjemmeboende børn, oplevede færre alkoholproblemer i den nærmeste familie end dem uden børn.

Hashrygning

Hos yngre mennesker er hashrygning udbredt. Blandt de unge mænd havde næsten 2/3 røget hash mere end blot nogle få gange. Der er betydeligt sammenfald mellem hashrygning og alkoholproblemer. Kun i ganske ringe omfang blev misbrugsproblemer opfanget ved konsultationen, og det var undtagelsen at iværksætte behandling med sigte herpå.

Det psykiatriske interview

Næsten halvdelen af alle patienterne fik en psykiatrisk diagnose ved det psykiatriske interview. For de grønlandske patienter var tallet 48%. Det svarer til den højeste forekomst i en WHO undersøgelse fra 14 lande i forskellige dele af verden, mens en skandinaviske multicenterundersøgelse havde forekomster mellem 14% og 34%.

Af alle, der fik en psykiatrisk diagnose ved undersøgelsen, fandt lægerne kun, at 20% havde en klinisk signifikant psykisk forstyrrelse, mens de mente, at lige så mange havde en subklinisk forstyrrelse. Blandt alle, der fik en depressionsdiagnose, mente lægerne, at 30% af dem havde en klinisk signifikant psykisk forstyrrelse. Blandt patienter med diagnosen angstforstyrrelse fandt lægerne, at 17% af dem havde en klinisk signifikant forstyrrelse.

Af de patienter, der fik en psykiatrisk diagnose, havde 44% selv angivet psykiske problemer. Blandt dem, der fik en depressionsdiagnose, var det 73%, og blandt dem med angstforstyrrelser var det 52%. Der var altså bedre overensstemmelse mellem patientens angivelse af psykiske problemer og det at få en psykiatrisk diagnose end mellem lægens bedømmelse af psykisk forstyrrelse og den psykiatriske diagnose, der var resultat af interviewet.

Selv om undersøgelsen er meget finmasket og ikke alle, der får en psykiatrisk diagnose, har behov for psykiatrisk behandling, så må det under alle omstændigheder give anledning til bekymring at så få depressioner identificeres af lægerne, ikke mindst på grund af de gode behandlingsmuligheder der findes. For de nervøst betingede legemlige symptomer, somatiseringsforstyrrelserne, var situationen ikke meget bedre: 24% af dem blev af lægen identificerede som psykiske forstyrrelser, mens patienterne angav psykiske problemer i 47% af tilfældene. Når så få patienter søger lægehjælp for psykisk besvær, kan det have flere årsager: Måske forbinder de ikke deres klager med psykiske forstyrrelser, eller måske forventer de pr. tradition kun, at sundhedsvæsenet er indstillet på at behandle legemlige sygdomme.

Valg af sprog ved udfyldelse af skemaerne

Den høje forekomst af psykiatriske diagnoser ses først og fremmest blandt dem, der valgte at udfylde skemaerne på grønlandsk, idet forekomsten blandt disse var 63%. Blandt de grønlandske patienter, der havde valgt dansk som skemasprog, var forekomsten af psykiatriske diagnoser 24%, samme niveau som både i den tidligere omtalte skandinaviske undersøgelse og i gennemsnittet af WHO's internationale undersøgelser. Gruppen, der valgte grønlandsk som skemasprog, omfatter flere af dem, der ikke har en erhvervsuddannelse og færre med en mellem- eller høj uddannelse, og må således antages at være en socio-økonomisk dårligere stillet gruppe. Der var dog relativt lige mange arbejdsløse i de to grupper, og det er vigtigt at understrege, at en dybere forståelse af sammenhængen mellem sproglig og social kompetence og psykiatrisk sygelighed kræver yderligere undersøgelser. Uafhængigt af valget af skemasprog har det at vokse op i et hjem, hvor der ofte var alkoholproblemer, indebåret en meget forøget risiko for at få en psykiatrisk forstyrrelse.

Behandling

Hvordan behandles patienterne? Hovedparten af de patienter, hvis henvendelse ifølge lægens vurdering skyldtes en psykisk forstyrrelse med eller uden legemlige symptomer, blev tilbudt en form for behandling, heraf halvdelen psykofarmaka. En patient blev indlagt på psykiatrisk afdeling og to henvist til psykiatrisk ambulatorium. Men de øvrige, dem hvis psykiske problemer ikke "kom på bordet", eller som havde en psykisk forstyrrelse, som hverken patient eller læge registrerede, fik naturligvis ingen behandling. Og det var, som det er fremgået, langt de fleste.

1. Indledning

Verdenssundhedsorganisationen, WHO, har sat fokus på problemet psykiske lidelser hos patienter i den primære sundhedstjeneste. I en undersøgelse omfattende 14 lande med forskellige kulturelle og socioøkonomiske forhold konkluderes det, at veldefinerede psykiske sygdomme var almindelige blandt de patienter, der henvendte sig i den primære sundhedstjeneste. Der var især tale om depressive eller angstprægede sygdomme, psykisk betingede legemlige symptomer og alkoholbetingede sygdomme. Der var stor forskel mellem landene. Højeste rater fandtes i Santiago, Chile (52,5%), laveste i Shanghai (7,3%). I gennemsnit for alle 14 deltagerlande havde 24% af dem, der henvendte sig i den primære sundhedstjeneste, en veldefineret psykisk sygdom. Herudover havde 9%, nogenlunde ens for de forskellige lande, klinisk signifikante symptomer og funktionsforstyrrelser, som dog ikke havde et omfang, som opfyldte de vedtagne diagnostiske kriterier for en diagnose. Selv om psykiske forstyrrelser således var almindelige, blev psykiske problemer kun angivet som årsag til at søge læge af 5% af patienterne. På baggrund af undersøgelsen konkluderer WHO, at psykiske lidelser i primær sundhedstjeneste er et stort og ikke tilstrækkeligt erkendt sundhedsproblem, der forårsager stor belastning af individer, deres familier, sundhedsvæsen og samfund. De behandles ikke i tilstrækkelig grad, selv om der eksisterer specifikke og acceptable behandlingsmåder (Üstün & Sartorius 1995).

En multicenterundersøgelse fra fem områder i Norden (Fink et al. 1995, Munk-Jørgensen et al. 1997) viste en gennemsnitlig forekomst af psykiske lidelser hos 26% af alle patienter, der henvendte sig til egen læge, varierende mellem 14% og 34%. En befolkningsundersøgelse fra en bygd med helt overvejende eskimisk befolkning i Baffin Island, arktisk Canada, fandt at 51% af de tilfældigt udvalgte undersøgte fik en psykiatrisk diagnose. 27% fik en depressionsdiagnose og 16% en angstdiagnose inden for den sidste uge, mens 31% fik diagnosen alkoholmisbrug målt på hele deres levetid. Der var flere med en depressionsdiagnose blandt dem, der havde svaret på inuktitut (34%) end på engelsk (23%), men omvendt flere med en angstdiagnose blandt dem, der havde svaret på engelsk (26%) end på inuktitut (19%) (Haggarty et al. 2000).

Tilsvarende undersøgelser er ikke tidligere udført i Grønland. En undersøgelse af mønstret for lægehenvendelser i Upernavik 1979/80 (Bjerregaard & Bjerregaard 1985) viste, at 2% af henvendelserne var begrundet i en psykisk lidelse. I en undersøgelse fra Sisimiut 1993/94 (Jensen & Dybdahl 1995) drejede det sig

om 3%, men det understreges, at der antagelig har været en del ikke-erkendte tilfælde. Ingen af disse undersøgelser var specielt tilrettelagt til at afdække psykiske lidelser.

En undersøgelse af henvendelsesmønstret til lægeklinikken i Qeqertarsuaq i sommeren 2000 viste, at 1,9% af henvendelser skyldtes psykiatrisk sygdom og 3,2% psykosociale problemer. I en sammenlignelig dansk opgørelse fra Århus skyldtes 9,7% af henvendelserne psykiatrisk sygdom og 0,9% psykosociale betingede henvendelser (Vendelbo 2002).

Den grønlandske Sundhedsprofilundersøgelse (Bjerregaard 1998) er en spørgeskema-baseret interviewundersøgelse, hvis formål er at beskrive befolkningens helbred, som det opleves af befolkningen selv, og at relatere sundhed og sygdom til levevilkår, hverdagsliv og brug af sundhedsvæsenet. Der er udelukkende tale om selvrapporterede data, som ikke er søgt verificerede ved kliniske undersøgelser. Undersøgelsens resultater er beskrevet i fire temarapporter (Bjerregaard et al. 1995, Christensen et al. 1996, Bjerregaard et al. 1997, Curtis et al. 1997). Af resultater af interesse for denne undersøgelse skal anføres:

Godt en fjerdedel af alle voksne i et bredt udsnit af den grønlandske befolkning havde i en 14 dages periode haft psykiske symptomer, især i form af nedtrykt-hed, depression eller ulykkelighed, men en del også angst og nervøsitet. Der var klar overvægt af kvinder, 1,8 gange så mange som mænd. Forekomsten var stigende med alderen, især blandt kvinderne. 6% af mændene og 18% af kvinderne havde på et eller andet tidspunkt været behandlet for "dårlige nerver", men kun 0,6% af mændene og 0,9% af kvinderne angav at have en langvarig psykisk lidelse. 13% af mændene og 19% af kvinderne havde haft alvorlige selvmordstanker, flest i aldersgruppen 18-24 år. For de yngre var der en tæt sammenhæng mellem andre psykiske symptomer og selvmordstanker.

I en senere undersøgelse har Bjerregaard & Curtis (2002) ud fra Sundhedsprofilundersøgelsens data og et survey blandt grønlændere bosiddende i Danmark analyseret sammenhængen mellem barndomsforhold, sprog og urbanisering og psykisk sårbarhed målt ved resultatet af General Health Questionnaire og ved forekomst af selvmordstanker. Af interesse for denne undersøgelse er analysen af data fra Sundhedsprofilundersøgelsen. 30% af mændene og 29% af kvinderne var fuldt dobbeltsprogede og 7% af mændene og 2% af kvinderne kun dansksprogede. De, der var fuldt dansksprogede havde, uanset om de også var grønlandsksprogede, de laveste rater for sårbarhed målt ved GHQ sammenlignet med dem, der kun talte grønlandsk eller grønlandsk og lidt dansk. Resultatet

tolkes som udtryk for at de, der behersker dansk, har mulighed for bedre betalte jobs og har mulighed for bedre integration i det moderne grønlandske samfund.

Der er mange tegn på, at det psykiske helbred i Grønland er truet (høj forekomst af selvmord, vold, alkoholproblemer, omsorgssvigt, seksuelt misbrug m.v.). Men som i resten af verden er det kun en mindre del, der erkendes og behandles. Diagnosticering af en psykisk lidelse vanskeliggøres yderligere i Grønland derved, at læge og patient ofte tilhører hver sin kultur og har hver sit modersmål, henholdsvis dansk og grønlandsk. Imidlertid ville en større viden om forekomsten af og formen for de almindelige psykiske lidelser kunne forbedre undersøgelsessituationen og få stor betydning for sundhedsplanlægningen og for uddannelsen af sundhedspersonale. Sundhedsydelse kunne blive mere behovsrettede, opmærksomheden rettet mod en overset problemgruppe, samtidig med at en del unødige og overflødige medicinske behandlinger af den del af de legemlige klager, som er rent psykisk betingede, formentlig kunne undgås.

Formålet med undersøgelsen

Formålet med denne undersøgelse er:

- at undersøge forekomsten af psykiske lidelser blandt patienter i den primære sundhedstjeneste i Grønland.
- at undersøge, hvordan de almindelige psykiske lidelser, herunder affektive og nervøse tilstande og tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer, præsenteres af patienten, om de diagnosticeres, og hvordan de behandles.

Læsevejledning

Undersøgelsen er en beskrivelse af de patienter, der søger læge i løbet af den måned, undersøgelsen står på i det enkelte distrikt. Den skal belyse, hvorfor patienten opsøger lægen, og hvordan lægen opfatter situationen. Og derefter sammenholder den disse oplysninger med en psykiatrisk bedømmelse af patienten. I formulering af spørgsmål og analyserne af data lægger undersøgelsen sig så tæt som muligt op til den grønlandske sundhedsprofilundersøgelse, som omhandlede et udsnit af hele befolkningen, således at man kan få et indtryk af forhold, der adskiller de lægesøgende fra gennemsnitsbefolkningen. Men den er også opbygget, så den giver mulighed for at sammenligne med tilsvarende undersøgelser af patienter i den primære sundhedstjeneste, først og fremmest i Danmark. Efter en kort beskrivelse af det grønlandske sundhedsvæsen og spe-

cielt de to distrikter, der deltager i undersøgelsen, gennemgås undersøgelsens design i hovedtræk. Detaljerne vedrørende de enkelte områder af undersøgelsen er beskrevet under de enkelte afsnit sammen med resultaterne.

2. Det grønlandske sundhedsvæsen

Sundhedsvæsenet i Grønland er beskrevet i en delrapport af den grønlandske sundhedsprofilundersøgelse (Christensen et al. 1996). Her skal kort anføres, at det grønlandske sundhedsvæsen er centralt styret og enstrengt, bortset fra Nuuk, hvor den primære og sekundære sundhedstjeneste er delt mellem Lægeklinikken og Dronning Ingrid's Hospital, som fungerer som centralsygehus for hele Grønland. Ydelserne er vederlagsfri, og en stor del af det sundhedsfaglige personale er tilkaldt arbejdskraft, primært fra Danmark.

Landet er inddelt i 17 sundhedsdistrikter. Denne undersøgelse er foretaget i to af disse, Lægeklinikken i Nuuk og sygehuset i Qasigiannnguit.

Lægeklinikken i Nuuk

Lægeklinikken i Nuuk varetager den primære sundhedstjeneste i Nuuk Sundhedsdistrikt. Lægeklinikken er tæt knyttet til Dronning Ingrid's Hospital, der fungerer som lokalhospital for Nuuk samt som centralsygehus med speciallægefunktioner for alle de grønlandske sundhedsdistrikter.

Klinikken er et moderne sundhedscenter, der ud over modtagefunktioner og skadestue rummer lægekonsultationer, apotek, kønssygdomsklinik, sundhedsplejen, hjemmesygeplejen samt visse speciallægefunktioner. Endvidere varetages skolesundhedstjenesten samt tilsynet med byens alderdomshjem af klinikens læger og sygeplejersker. Klinikken er i dag udstyret med et fuldt integreret elektronisk journalsystem.

Den samlede befolkning i Nuuk lægedistrikt udgjorde på undersøgelsestidspunktet 13.300 personer. Der er normeret ni distriktslæger til klinikken, der administreres af en chefdistriktslæge og en forstander. Den samlede personalenormering er på omkring 55 personer. Klinikken medvirker ved uddannelsen af bl.a. sygeplejerskestuderende, lægekandidater i turnustjeneste samt ved speciallægeuddannelsen i almen medicin.

Der er åben konsultation hver formiddag og tidsbestilte konsultationer, børneundersøgelser m.m. om eftermiddagen. Ud over de egentlige lægekonsultationer sker der en lang række sygeplejemodtagelser for mindre skader, forbindelskift, graviditetsprøver m.m., således at der er et hurtigt flow fra indgangsdøren gennem visitationen til de forskellige læge- og sygeplejekonsultationer mv.

De ni læger har ikke faste patienter. Patienterne kan efter eget ønske selv vælge læge ved hvert enkelt fremmøde. Hver dag har den enkelte læge præcise funktioner, tidsaftaler, børnelæge, alderdomslæge, kommunelæge m.m., men om formiddagen deltager alle læger i afvikling af den åbne konsultation. Der er et fælles elektronisk journalsystem, hvor al pleje og lægebehandling opnoteres. Erfaringsmæssigt giver denne ordning en god afvikling af den åbne konsultation, men den har blandt andet omkostningen af et lavt personligt læge-patient kendskab.

Qasigiannguut sygehus

Sygehuset varetager den primære og sekundære sundhedstjeneste i Qasigiannguut sundhedsdistrikt. Distriktet omfatter Qasigiannguut by samt bygden Ika-miut med et samlet befolkningsunderlag på 1600 indbyggere. Sygehuset har sygehusfaciliteter til at varetage operationer, fødsler og 18 senge til indlæggelser. Hertil kommer ambulante funktionerne, der rummer skadestue og lægekonsultationer.

Den sundhedsfaglige normering på sygehuset var i 1997 to læger, tre sygeplejersker, én jordemoder, én laborant, ni sundhedsmedhjælpere og én kombineret sundheds- og hjemmesygeplejerske. I en del af undersøgelsesperioden var der kun én læge. De ambulante undersøgelser sker via tidsbestilling. Der er ingen åben konsultation men mulighed for henvendelse ved akut sygdom.

3. Undersøgelsens design

Undersøgelsen er en deskriptiv og analytisk undersøgelse af 18-64-årige patienter, der af sygdomsmæssige årsager søgte læge i dagtiden i den primære sundhedstjeneste i to sundhedsdistrikter, henholdsvis Nuuk og Qasigiannnguit. Undersøgelsesperioden var hvert sted af ca. en måneds varighed i foråret 1997. Personer, der kun kom til vaccination, kørekortattest og rutinemæssig svangerskabskontrol, indgår ikke i undersøgelsen.

Fase 1: Før konsultationen blev et tilfældigt udsnit af patienterne i Nuuk og alle patienter i Qasigiannnguit, anmodet om at deltage i undersøgelsen. Det skete ved følgende beskrivelse af undersøgelsen:

Netop nu gennemføres en undersøgelse om psykisk og fysisk helbred blandt patienter i lægekonsultationer i Grønland. Undersøgelsen består i et spørgeskema, hvoraf du bedes udfylde første del nu, mens du venter på konsultation hos lægen. Selve konsultationen foregår på helt sædvanlig måde. Når den er afsluttet bedes du udfylde resten af spørgeskemaet. Lægerne foretager også en fysisk og psykisk bedømmelse af deltagerne og denne bedømmelse arkiveres sammen med det øvrige forskningsmateriale. Efter konsultationen vil en tredjedel af undersøgelsespersonerne - det vil sige måske også dig - blive bedt om at være med til et interview. Interviewet vil handle især om psykiske forhold og vare ca. ½ time. En af os vil foretage interviewet. Hvis du er én af de personer, der bliver udvalgt til interview, vil du blive spurgt, om du vil deltage, når du kommer ud fra konsultation hos lægen. Det er naturligvis frivilligt at deltage i undersøgelsen. Tilsagnet om at deltage kan når som helst trækkes tilbage, uden at dette vil påvirke den nuværende og fremtidige behandling af dig.

Såfremt patienterne accepterede, blev de præsenteret for spørgeskema nr. 1, som indeholder 12 spørgsmål fra General Health Questionnaire (GHQ-12) (Goldberg & Williams 1988). Efter konsultationen blev patienten præsenteret for spørgeskema nr. 2, der indledes med en række socio-demografiske spørgsmål og spørgsmål vedrørende årsag til henvendelsen til lægen. syv spørgsmål fra Whiteley indeks (Fink et al. 1999) omhandler somatisering i bred forstand, herunder påfaldende optagethed af legemlige symptomer og sygdomsfrygt uden påviseligt fysisk grundlag. 12 spørgsmål fra Hopkins SCL somatiseringskala (Derogatis et al. 1973) omhandler en række legemlige symptomer, som patienter

ter, der kan betegnes somatiserende, ofte klager over. Endelig var der spørgsmål vedrørende alkohol og hashbrug.

Kun patienter, der henvendte sig i dagtiden, hvad enten akut, i åben modtagelse eller efter tidsbestilling, blev anmodet om at deltage i undersøgelsen. I Nuuk gav sekretæren, der i forvejen spurgte alle, der henvendte sig, om deres ærinde, numrene på hver fjerde., der var omfattet af inklusionskriterierne, til undersøgelsens koordinator, som udleverede patientinformation og anmodning om at deltage i projektet. Patienter, der søgte læge flere gange, mens undersøgelsen stod på, deltog kun én gang. I Qasigianniguit fik alle de patienter, der var omfattet af inklusionskriterierne, udleveret patientinformation og anmodning om at deltage i undersøgelsen, første gang de henvendte sig i undersøgelsesperioden.

Efter konsultationen udfyldte lægen et skema med oplysninger om årsagen til patientens henvendelse, foretagne undersøgelser, lægens vurdering af sygdomstilfældet og lægens vurdering af eventuel tilstedeværende psykisk lidelse.

Fase 2 bestod i et interview med SCAN Present State Examination, 10. udgave (WHO 1992). Udvælgelsen til at deltage i undersøgelsens fase 2 skete på grundlag af resultatet af GHQ-12. Alle patienter, der besvarede fire eller flere af spørgsmålene positivt, blev anmodet om at deltage, mens ca. halvdelen af dem med mindst ét positivt svar og ca. 1/5 af dem, der besvarede alle spørgsmål negativt, ligeledes blev anmodet om at deltage. Resultatet af GHQ-12 var ikke bekendt for intervieweren.

Der var et stort antal ikke direkte sygdomsbetingede eller ikke-lægelige henvendelser på samme tid, hvilket vanskeliggjorde rekrutteringen til undersøgelsen, lige som det ikke var praktisk muligt som planlagt at registrere dem, der afviste at deltage i projektet.

4. Undersøgelsespopulationen

Tabel 4.1 viser det samlede antal deltagere i undersøgelsens to stadier og antallet af patienter, der søgte læge mindst én gang i undersøgelsesperioden, fordelt på mænd og kvinder.

Tabel 4.1 Deltagere i undersøgelsen.

Alder	Mænd			Kvinder		
	Søgt læge i undersøgelsesperioden	Deltagere fase 1	Deltagere fase 2 (SCAN)	Søgt læge i undersøgelsesperioden	Deltagere fase 1	Deltagere fase 2 (SCAN)
18-24	78	8	1	154	32	8
25-34	235	46	7	441	107	23
35-44	255	37	8	387	80	28
45-54	175	18	3	237	28	11
55-64	107	4	1	125	16	10
I alt	850	113	20	1344	263	80

Tabel 4.2 og 4.3 viser antallet af 18-64-årige i befolkningen og antal deltagere i fase 1 på de to undersøgelsessteder. 16% af alle mænd og 30% af alle kvinder i de berørte aldersgrupper søgte læge mindst én gang i den måned, undersøgelsen foregik. Der var forholdsvis lige mange mænd, der søgte læge i Nuuk og Qasigiannguut, men forholdsvis flere kvinder søgte læge i Qasigiannguut. I Nuuk var der et relativt stigende antal lægesøgende med alderen, men forholdsvis flere yngre, både mænd og kvinder, deltog i undersøgelsen. Blandt alle, der søgte læge i Nuuk i undersøgelsesperioden, deltog 11% af mændene og 16% af kvinderne i undersøgelsen. Da ca. hver fjerde lægesøgende blev anmodet om at deltage, betyder det, at omkring 44% af dem afslog at deltage eller fortrød undervejs på grund af manglende tid. Det lykkedes ikke at gennemføre en registrering af, hvem der afslog at deltage.

I Qasigiannguut var aldersfordelingen mere jævn. Her blev alle, der søgte læge i undersøgelsesperioden anmodet om at deltage. 40% af mændene og 46% af kvinderne deltog i undersøgelsen. I Qasigiannguut var der således 60% af mændene og 54% af kvinderne, der afslog eller opgav at deltage.

Tabel 4.2 Hele befolkningen, patienter i undersøgelsesperioden og deltagere i fase 1 af undersøgelsen fordelt på køn og aldersgrupper. Nuuk.

Alder	Mænd					Kvinder				
	Befolk- ning	Søgt læge		Deltaget i undersøgel- sen		Befolk- ning	Søgt læge		Deltaget i undersøgel- sen	
		Antal	%	Antal	%		Antal	%	Antal	%
18-24	531	64	12	5	8	562	131	23	21	16
25-34	1483	219	15	39	18	1353	398	29	88	22
35-44	1473	237	16	26	11	1181	351	30	62	18
45-54	962	158	16	9	6	675	210	31	18	9
55-64	443	94	21	3	3	284	106	37	6	6
I alt	4892	772	16	82	11	4055	1196	29	195	16

Aldersfordeling i befolkningen og blandt lægesøgende.

Mænd: $\chi^2=12,16$, 4 df, $p<0,05$.

Kvinder: $\chi^2=10,68$, 4 df, $p<0,05$.

Aldersfordeling blandt lægesøgende og deltagere i undersøgelsen.

Mænd: $\chi^2=17,65$, 4 df, $p<0,002$.

Kvinder: $\chi^2=21,15$, 4 df, $p<0,001$.

Tabel 4.3 Hele befolkningen, patienter i undersøgelsesperioden og deltagere i fase 1 af undersøgelsen, fordelt på køn og aldersgrupper. Qasigianngut.

Alder	Mænd					Kvinder				
	Befolk- ning	Søgt læge		Deltaget i undersøgel- sen		Befolk- ning	Søgt læge		Deltaget i undersøgel- sen	
		Antal	%	Antal	%		Antal	%	Antal	%
18-24	91	14	15	3	21	72	23	32	11	48
25-34	156	16	10	7	43	129	43	33	19	44
35-44	113	18	16	11	61	94	36	38	18	50
45-54	91	17	19	9	53	80	27	34	10	37
55-64	59	13	22	1	8	51	19	37	10	53
I alt	510	78	15	31	40	426	148	35	68	46

Aldersfordeling i befolkningen og blandt lægesøgende.

Mænd: $\chi^2= 4.39$, 4 df, $p=0,36$ (n.s.).

Kvinder: $\chi^2= 0.51$, 4 df, $p=0,97$ (n.s.).

Aldersfordeling blandt lægesøgende og deltagere i undersøgelsen.

Mænd: $\chi^2=5.91$, 4 df, $p=0,21$ (n.s.).

Kvinder: $\chi^2= 0.58$, 4 df, $p=0,97$ (n.s.).

Undersøgelsespopulationens socio-demografiske forhold fremgår af tabel 4.4. Til sammenligning er anført data for deltagerne i sundhedsprofilundersøgelsen i Nuuk og Qasigiannnguit. Der var relativt flere kvinder i denne undersøgelse end blandt deltagerne i sundhedsprofilen, ligesom der var færre over 45 år. Det skal dog understreges, at de to populationer har forskellige rekrutteringsgrundlag; mens sundhedsprofilen vedrører et tilfældigt udsnit af befolkningen, så har deltagerne i denne undersøgelse overskredet en tærskel ved at søge læge og tilhører således de 22% af befolkningen, der søgte læge, mens undersøgelsen stod på. Dobbelt så mange kvinder som mænd søgte læge, hvorfor vi også må forvente overvægt af kvinder i undersøgelsen.

Det meget store afslag på deltagelse i undersøgelsen og den manglende mulighed for at analysere bortfaldet ud over ved en sammenligning af alder og køn for alle dem, der søgte læge, med deltagerne i undersøgelsen, gør det vanskeligt at vurdere, i hvilket omfang deltagerne kan betragtes som et repræsentativt udsnit af de patienter i aldersgruppen, der søgte læge i undersøgelsesperioden. Men ser vi på andelen af sårbare, målt ved svarene på General Health Questionnaire, er der ingen statistisk signifikant forskel mellem patienterne i undersøgelsesgruppen og dem, der havde søgt læge inden for de sidste 14 dage i sundhedsprofilundersøgelsen (se tabel 7.1, side 46).

Tabel 4.4 Undersøgelsespopulationens socio-demografiske forhold.

	Denne undersøgelse		Sundhedsprofilundersøgelsen ^{*)}		p ^{**)}
	n	%	n	%	
Køn					<0,001
Mænd	113	30	173	49	
Kvinder	263	70	184	52	
Alder					<0,005
18-24	40	11	38	11	
25-34	153	41	122	34	
35-44	117	31	93	26	
45-54	46	12	66	19	
55-64	20	5	38	11	
I alt	376	100	357	100	
Samlivsforhold					<0,001
Alene uden børn	26	8	49	14	
Alene med børn	53	16	32	9	
Bor med partner uden børn	49	14	80	22	
Bor med partner og børn	191	56	152	43	
Andet	22	7	44	12	
I alt	341	100	357	100	
Uoplyst	35		0		
Beskæftigelse					<0,009
Har arbejde	240	68	255	76	
Arbejdsløs	45	13	24	7	
Uddannelsessøgende	42	12	23	7	
Husmor uden anden besk.	10	3	15	5	
Pensionist	14	4	18	5	
I alt	351	100	335	100	
Uoplyst	25		22		

^{*)} Kun data fra Nuuk og Qasigiannuit.

^{**) χ^2 for sammenligning mellem denne undersøgelse og Sundhedsprofilundersøgelsen.}

Sproglige og etniske forhold

Deltagerne kunne frit vælge, om de ville udfylde grønlandssprogede eller dansksprogede skemaer. Undersøgelsens koordinator blev anmodet om at notere på de dansksprogede skemaer, om deltageren var grønlænder eller dansker. Der er ikke anvendt nogen skarp operationel definition på etnicitet. I praksis var der dog som oftest ingen tvivl. Af de 376 patienter, der deltog i undersøgelsen,

var 18 danskere og 340 grønlandere. For ni patienter mangler der oplysninger, mens ni tilsyneladende kunne placeres i begge grupper. Disse 36 af dansk, blandet eller uoplyst herkomst havde alle udfyldt skemaerne på dansk. 211 af grønlanderne (62%) havde udfyldt skemaerne på grønlandsk, 129 på dansk. Der var ingen kønsforskel i andelen af grønlandsksprogede skemaer. Derimod var der flere over end under 45 år, der havde valgt grønlandsk som skemasprog, ligesom langt flere havde valgt grønlandsk i Qasigiannuguit end i Nuuk.

Tabel 4.5 Skemasprog fordelt på aldersgrupper. Kun grønlandere.

Alder	Mænd			Kvinder			Mænd og kvinder			p ^{*)}
	Heraf			Heraf			Heraf			
	Alle	grønlandsk		Alle	grønlandsk		Alle	grønlandsk		
	An-tal		%	An-tal		%	An-tal		%	
18-24 år	8	5	62	28	16	57	36	21	58	<0,05
25-34	39	21	54	100	64	64	139	85	61	
35-44	32	20	62	74	40	54	106	60	57	
45-54	15	12	80	27	17	63	42	29	69	
55-64	2	2	100	15	14	93	17	16	94	
Nuuk	69	36	52	177	92	52	246	128	52	<0,001
Qasigiannuguit	27	24	89	67	59	88	94	83	88	
I alt	96	60	63	244	151	62	340	211	62	

^{*)} χ^2 for sammenligning mellem valg af skemasprog og aldersgrupper hhv. hjemsted.

Uddannelse og erhverv

I de følgende analyser af uddannelsesforhold, nuværende erhverv og valg af skemasprog er kun medtaget de 340 grønlandske deltagere. 81% af mændene og 82% af kvinderne havde mere end otte års skolegang. Blandt de 18-24-årige havde alle mindst ni års skolegang, mens det gjaldt halvdelen af de ældre mænd og lidt færre af de ældre kvinder i undersøgelsen. 16% af mændene og 8% af kvinderne havde bestået HF- eller studentereksamen. 57% af mændene og 59% af kvinderne havde en form for erhvervsuddannelse. Uddannelsens art fremgår af tabel 4.6.

Tabel 4.6 Gennemført uddannelse, fordelt på køn og uddannelsens art. Kun grøn-
lændere.

Uddannelsens art	Mænd		Kvinder		Begge	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Lang videregående ud- dannelse	4	4	5	2	9	3
Mellemlang videre- gående uddannelse	11	12	35	15	46	14
Kort videregående uddannelse	25	27	73	32	98	30
Kun kortere kurser	13	14	23	10	36	11
Ingen uddannelse	40	43	95	41	135	42

χ^2 for kønsforskel $p > 0,10$ (n.s.).

Sammenlignet med sundhedsprofilundersøgelsen (tabel 4.4) havde flere af del-
tagerne i denne undersøgelse længere skolegang, og flere havde en erhvervsud-
dannelse. Til gengæld var der færre, der var i arbejde (hhv. 65% og 76%) end
blandt deltagerne i sundhedsprofilundersøgelsen. Deltagernes erhverv fremgår
af tabel 4.7.

Tabel 4.7 Erhvervsstatus på undersøgelsestidspunktet. Kun grønlandere.

Erhverv	Mænd	Kvinder	Begge
	n=94 %	n=234 %	N=328 %
Fanger/fisker	12	0	3
Andet selvstændigt erhverv	3	0	1
Funktionær I+II	27	24	25
Funktionær III	7	26	21
Faglært	4	1	2
Ufaglært	15	10	12
Lønmodtager-uspecificeret	4	2	2
I alt i erhverv	72	63	66
Under uddannelse	10	11	11
Arbejdsløs	7	15	13
Pensionist mv.,	3	4	4
Hjemmegående husmor		4	3
Utilstrækkeligt oplyst	7	2	3
I alt uden for erhverv	17	25	23

Uoplyst: mænd n=19. kvinder n=29.

Valg af dansk som skemasprog var tæt forbundet med det at have gennemført en uddannelse. Blandt dem, der havde anvendt grønlandsk som skemasprog, havde 42% uddannelse, og 7% var nu under uddannelse. Blandt dem med dansk skemasprog havde 56% uddannelse, og 18% var nu i gang med en uddannelse. Uddannelsesniveaet blandt dem med dansk skemasprog var også langt højere. Derimod var der nogenlunde lige mange i de to grupper, der var i erhverv. (62% af dem med grønlandsk skemasprog og 65% af dem med dansk). 14% med grønlandsk og 12% med dansk skemasprog var arbejdsløse.

Patienternes indstilling til undersøgelsen

Som tidligere anført var der en del, der afslog at deltage i undersøgelsen. Undersøgelsens koordinator oplyste, at afslag på deltagelse i flere tilfælde blev begrundet med, at de pågældende havde det så dårligt, at de ikke turde udfylde spørgeskemaerne. I Nuuk gav flere udtryk for, at hvis man havde det psykisk dårligt, var det ensbetydende med, at man var ”skør”, det var enten eller. Men i den mindre by Qasigiannuguit var man generelt mere bevidst om, at psyke og legeme hører sammen, og at man ikke er ”skør”, fordi man har nogle psykiske problemer.

I Nuuk havde en del travlt til at deltage. Men såvel mange af dem, der ikke ønskede at deltage, som en del, der ikke indgik i undersøgelsen (ældre end 65 år, mødre, der søgte læge med et barn etc.), ønskede det viderebragt, at der ”virkelig er brug for mere snak og forståelse i konsultationen”.

Arbejdet med tolk

Gert Mulvad, læge med mange års erfaring med arbejdet i den primære sundhedstjeneste i Grønland, beskriver det således:

”Stort set alle læger i Grønland er uddannet i Danmark og dansksprogede, og kun enkelte læger taler grønlandsk. Uddannelse i det grønlandske sprog, kultur og samfund er mangelfuld, og de fleste må selv tilegne sig disse egenskaber. De grønlandske patienter taler overvejende grønlandsk, men ganske mange er dobbeltsprogede; dog er grønlandsk stadig det foretrukne sprog for langt de fleste patienter, specielt når de er i konsultationssituationen. Men er der skabt et fortrolighedsforhold mellem patient og læge, kan sproget være mindre væsentligt. Tolkning har været en fast tradition i det grønlandske sundhedsvæsen, og der oparbejdes ofte et teamsamarbejde mellem læge og tolk i konsultationerne. Tolkningen gør også, at fortroligheden skal deles mellem tre personer. Det kan

være vanskeligt i sproget at fange de psykosomatiske træk, men omvendt kan tolkesituationen give lægen mulighed for at koncentrere sig om kropssproget.

Tolkning er måske ikke det rette ord, da forskellen mellem det danske og grønlandske sprog ofte giver anledning til fortolkning, hvor også kultur og samfundsopfattelse spiller ind.

I lægers uddannelse spiller objektivitet og validitet en stor rolle, mens tolkningen tilføjer tolkens opfattelse. Tolkningen er ofte nemmere i den mere objektive konsultation. Således skaber tolkesituationen både positive og negative sider”.

Ifølge den grønlandske sundhedsprofilundersøgelse benytter ca. halvdelen af patienterne tolk ved lægekonsultationen, og mange af disse patienter oplever misforståelser på grund af sproglige problemer i konsultationen (Christensen et al. 1996). Blandt andet inspireret heraf har Tine Curtis i en ph.d.-afhandling behandlet kommunikation mellem læge og patient i den tolkede konsultationsamtale (Curtis 2001). Hun finder, at tolkens formidling først og fremmest er rettet mod lægens behov. Tolken forsøger aktivt at holde samtalen inden for det relativt fastlagte forløb og indhold, der er almindeligt for lægekonsultationer. Herved øges lægens dominans i samtalen, mens patientens mulighed for at komme til orde mindskes. Ifølge Curtis giver lægens og patientens forskellige sproglige og sociokulturelle baggrund kun relativt sjældent anledning til direkte misforståelser. Derimod præges konsultationssamtalen ofte af mangel på fællesforståelse, det vil sige mindre forskydelser i forståelsen og manglende enighed om, hvorfor man taler om det pågældende, om hvordan samtalen bør forløbe eller, som nævnt, hvilke emner der skal inddrages.

Selv om det for mange patienter er almindeligt at benytte tolk hos lægen, er det stadig ifølge Curtis, indtrykket, at der eksisterer en generel mistillid til tolkens arbejde, hvilket hænger sammen med tolkens position som del af lokalsamfundet og som ansat i sundhedsvæsenet. Patienten kender tolken som privatperson; tolken opfattes hverken som en fremmed eller som autoritet, hvilket blandt andet illustreres ved patienternes henvendelse til tolken også uden for sygehuset. I modsætning til de skiftende danske læger opfylder tolken sandsynligvis rollen som syndebuk for en del generel utilfredshed med sundhedsvæsenet. Tolkens reaktion er at søge distance til patienten i konsultationen, hvorfor viden om patientens personlige forhold eller livssituation kun videregives, når det er absolut nødvendigt for lægens forståelse. Således udnytter tolkene kun sjældent deres

mulighed for at kunne fungere som talsmand for patienter eller som mediator i samtalen (Curtis 2001).

Konklusion vedrørende undersøgelsens deltagere

I løbet af den måned, undersøgelsen stod på, søgte 15% af alle mænd og 30% af alle kvinder i alderen 18-64 år læge mindst én gang. Heraf deltog 11% af mændene og 16% af kvinderne i Nuuk og 40% af mændene og 46% af kvinderne i Qasigiannguut i undersøgelsen. Sammenlignet med Sundhedsprofilundersøgelsen var der flere kvinder og færre ældre end 44 år i denne undersøgelse. To tredjedele havde erhvervsarbejde, mens 11% var uddannelsessøgende, og en femtedel var uden for erhverv.

340 af de 376 deltagere blev af koordinator klassificeret som grønlandere, 18 som danskere, mens de resterende 18 var af blandet eller uoplyst etnisk tilhørsforhold. 38% af de grønlandske patienter, lige mange mænd og kvinder, men flest yngre end 45 år og flest af deltagerne fra Nuuk, havde valgt dansk som skemasprog. Flere af dem, der havde valgt dansk som skemasprog, havde gennemført en uddannelse og på et højere niveau. Derimod var der ikke større forskel i andelen af arbejdsløse og andelen i arbejde i de to grupper.

En del afslog at deltage, enten på grund af travlhed eller usikkerhed med hensyn til risikoen for at blive stemplet som ”skør”. Men generelt understregedes behovet for ”mere snak og forståelse i konsultationen”, måske foranlediget af problemer forbundet med, at konsultationen ofte foregår med tolk, og at lægen og patienten kommer fra hver sin kultur.

5. Årsag til at søge læge

Den amerikanske psykiater Leon Eisenberg har formuleret det således, at det er følelser af ubehag og dysfunktion, der får patienterne til at søge læge, snarere end sygdomspatologien. Men det er vigtigt for behandlingsstrategien at vide, i hvilket omfang det er legemlig funktionsforstyrrelse, der giver problemerne og i hvilket omfang symptomerne er en legemliggørelse af livsproblemer. Det er sjældent kun en af delene. Det er lægens opgave at identificere årsagen, når det er muligt, at nå til enighed med patienten om dens betydning, at udpege mulige tilgængelige hjælpemidler, og endelig hjælpe patienten med at forholde sig til det, der ikke kan behandles. I denne proces er medicinsk viden nødvendig, men ikke tilstrækkelig. Lægens transaktioner med patienten må besjæles af de sociale videnskaber (Eisenberg 1986).

I afsnittet om somatisering (side 47) vil sygdomsforståelsens betydning for samspillet mellem patient og læge blive behandlet.

Patienternes vurdering

Patienterne blev bedt om at svare på følgende spørgsmål: Hvorfor søger du læge i dag? Der var fire svarmuligheder:

- Legemlig sygdom alene
- Psykisk besvær
- Både legemligt og psykisk besvær
- Andet (skriv arten).

Tabel 5.1 Patienternes oplysninger om årsagen til at søge læge.

Hvorfor søge læge i dag?	Mænd		Kvinder	
	Antal	%	Antal	%
Legemlig sygdom	74	66	130	52
Psykisk besvær	2	2	9	4
Både legemlig sygdom og psykisk besvær	2	2	22	9
Andet	35	30	91	36
I alt	113	100	252	101

11 patienter, alle kvinder, besvarede ikke spørgsmålet.

Sondringen mellem legemlige og psykiske sygdomme er et vesteuropæisk og specielt lægeligt fænomen, men det er ikke ensbetydende med, at alle befolkninger tænker på samme måde. Der er formentlig også store forskelle mellem befolkningsgrupper og mellem læg og læge med samme kulturelle baggrund.

34% af patienterne, 30% af mændene og 36% af kvinderne, besvarede spørgsmålet med "andet". Der var mulighed for under svaret "andet" at supplere med stikord vedrørende årsagen til henvendelsen, og det havde mange patienter benyttet sig af. En gennemgang af disse stikord gjorde det muligt ud fra undersøgelsens rationale at rubricere hovedparten af svarene som enten legemlige klager eller psykisk besvær. I tre tilfælde blev klagerne beskrevet som rent psykiske, for eksempel "psykiske problemer, der ikke kan klares på ½ time". Men de fleste svar udtrykte legemlige klager, uanset om patienten definerede dem som legemlig sygdom eller "andet". I 29 tilfælde var det ikke muligt at rubricere årsagen til henvendelsen. Således skrev 24 kvinder og én mand "ilunnik" eller lignende, udtryk, der direkte oversat betyder "inden", hvilket ofte, ifølge tolk på lægeklinikken, men altså ikke altid, dækker over gynækologiske symptomer.

Ifølge kodning på grundlag af patientens angivelser og de omtalte stikord var årsagen til henvendelsen rent psykisk betinget for 4% af alle patienterne, mens der var både legemligt og psykisk besvær for 7%'s vedkommende. En opdeling af svarene efter, om skemaerne var udfyldt på grønlandsk eller dansk, viste at 39% af de grønlandsk udfyldte skemaer rummede svaret "andet", både for mænd og kvinder, mens det kun gjaldt 18% af mændenes og 28% af kvindernes på dansk udfyldte skemaer. Man kan således ikke udelukke sproglige/kulturelle forskelle i opfattelsen af spørgsmålet.

Lægernes vurdering

Før undersøgelsen gik i gang, besvarede lægerne spørgsmål vedrørende deres uddannelse og anciennitet, herunder anciennitet i Grønland og på nuværende arbejdssted.

I alt deltog 14 læger i undersøgelsen, heraf 12 i Nuuk og to i Qasigiannguit. Blandt de 12 læger i Nuuk var tre vikarer uden tidligere grønlandserfaring, og den ene af dem deltog kun med to patienter. De faste læger havde i gennemsnit 8 års grønlandserfaring (fra 1½ til 16 år), heraf 4 år (5 mdr. - 7 år) på lægeklinikken i Nuuk. I Qasigiannguit havde den ene læge 18 års grønlandserfaring, de fleste år fra samme by. Den anden var vikar, men med 4 års grønlandserfaring, også for hans vedkommende de fleste år i Qasigiannguit. De fleste af de læger,

der deltog i undersøgelsen, havde altså arbejdet mange år som læger i Grønland, hvilket er relativt usædvanligt.

Lægerne blev bedt om at tage stilling til, hvor godt de på forhånd kendte patienten.

Lægerne i Nuuk kendte slet ikke 64% af patienterne og kun 6% af dem godt. De faste læger kendte ikke 53% af patienterne og kun 7% af dem godt. I Qasi-giannguit kendte den vikarierende læge ikke 7% af patienterne på forhånd, mens ingen af den faste læges patienter var ukendt for ham. Tilsammen kendte lægerne i Qasi-giannguit 73% af patienterne ”godt” eller ”meget godt”.

Svarende til patienternes udsagn om årsagen til, at de søgte læge den pågældende dag, har lægerne besvaret spørgsmålet ”Hvad var problemstillingen hos patienten ved konsultationen?” Følgende svar var mulige:

- Veldefineret somatisk sygdom
- Diffust eller ukarakteristisk sygdomsbillede
- Veldefineret somatisk sygdom med sekundære psykiske symptomer
- Somatisk og psykisk lidelse uden indbyrdes relationer
- Psykisk lidelse med fysiske symptomer
- Psykisk lidelse uden fysiske symptomer

Tabel 5.2 Lægens opfattelse af årsagen til patientens henvendelse.

	Mænd		Kvinder	
	Antal	%	Antal	%
Veldefineret legemlig sygdom	86	78	158	62
Diffust eller ukarakteristisk sygdomsbillede	14	13	52	20
Veldefineret legemlig sygdom med sekundære psykiske symptomer	3	3	20	8
Legemlig og psykisk lidelse uden indbyrdes relationer	4	4	6	2
Psykisk lidelse med legemlige symptomer	3	3	13	5
Psykisk lidelse uden legemlige symptomer	0	0	7	3
	110	100	256	100
Uoplyst	3		7	

Ifølge lægen henvendte mænd sig langt hyppigere end kvinder på grund af en veldefineret legemlig sygdom ($p=0,003$), 13% af mændene og 20% af kvinder-

ne havde et diffust eller ukarakteristisk sygdomsbillede, mens der for 10% af mændene og 18% af kvinderne var en større eller mindre andel af psykiske symptomer. Heraf havde 3% af kvinderne, men ingen mænd, udelukkende en psykisk lidelse.

Lægen blev også anmodet om at tage stilling til, om psykosociale problemer var af betydning for sygdomsbilledet. For 18% anså lægen psykosociale problemer af betydning og for yderligere 28% måske af betydning. Både i Nuuk og Qasigiannuguit var der flere kvinder end mænd, for hvem lægen anså psykosociale problemer af betydning. I Qasigiannuguit var denne kønsforskel særligt udtalt.

Lægens handlinger i forbindelse med undersøgelsen

Hos 58% af patienterne foretog lægen en klinisk somatisk undersøgelse. 10% fik taget blodprøver og 7% fik foretaget røntgenundersøgelse.

Der blev iværksat somatisk behandling for 40% af patienterne, mens 7% blev henvist til ambulante undersøgelser hos kirurg eller mediciner, og 2% blev umiddelbart indlagt på kirurgisk eller medicinsk afdeling. Af de 33 patienter, hvis henvendelse ifølge lægen skyldtes en psykisk forstyrrelse med eller uden legemlige symptomer, blev én indlagt på psykiatrisk afdeling, to blev henvist til ambulante psykiatriske undersøgelser, to til sorggruppen i Nuuk og én til fysioterapi. Fire fik tilbudt samtalebehandling hos egen læge, 13 psykofarmaka og fire antabusbehandling.

Med andre ord fik 27 af de 33 patienter, som lægen opfattede som psykisk lidende, tilbudt en eller anden form for behandling. I alt blev 25 patienter (6%) sygemeldt efter konsultationen, heraf 6 på grund af en psykisk lidelse. Nyt besøg blev aftalt for 57 patienter eller 15% af alle. Blandt patienter med psykisk lidelse blev nyt besøg aftalt for otte eller 24%.

Sammenligning af patienternes og lægernes udsagn

Tabel 5.3 Årsag til henvendelsen. Lægens og patientens angivelser.

Lægens vurdering	Patientens angivelser, herunder også efterkodning ved angivelse af "andet" (se tekst)				I alt
	Legemlig sygdom	Både legemligt og psykisk besvær	Psykisk besvær	Uvist	
Veldefineret legemlig sygdom	209	5	5	20	239
Både legemlig og psykisk lidelse med eller uden indbyrdes relationer	32	9	5	1	47
Psykisk lidelse uden legemlige symptomer	1	2	3	1	7
Diffust eller ukarakteristisk sygdomsbillede	47	8	1	7	63
I alt	289	24	14	29	356

Når vi sammenholder patientens oplysninger om årsagen til, at hun eller han har søgt læge (medregnet de efterkodede årsager), med lægens vurdering af problemstillingen hos patienten, viser tabel 5.2, at i 59% (209/356) af tilfældene var patient og læge enige om, at det drejede sig om en rent legemlig sygdomstilstand. I 5% (19/356) af tilfældene var patient og læge enige om, at psykiske problemer var medvirkende eller ene-årsag til henvendelsen. Og kun i tre tilfælde (1%) var begge parter enige om, at udelukkende psykiske problemer var årsag til henvendelsen. I de resterende 36% af tilfældene var læge og patient ikke enige i deres vurdering af om problemstillingen var fysisk eller psykisk eller begge dele. En opdeling af analysen efter om lægen kendte patienten i forvejen ændrede ikke resultatet afgørende.

Konklusion vedrørende årsag til henvendelsen

Lægens forhåndskendskab til patienten var ringe i Nuuk, hvor selv de faste læger kendte under halvdelen af patienterne og kun kendte 7% af dem godt. I den mindre by Qasigiannuit kendte den faste læge alle sine patienter, og der var kun 7% af patienterne, som den vikarierende læge slet ikke kendte på forhånd.

Ifølge lægerne henvendte to tredjedele af alle patienter sig på grund af veldefinerede legemlige sygdomme, relativt flest mænd. Flere kvinder henvendte sig

på grund af ukarakteristiske sygdomsbilleder eller kombinationer af psykiske og legemlige symptomer. Også blandt patienterne var der flere mænd end kvinder, der angav legemlig sygdom som årsag til henvendelsen, men en tredjedel tog ikke direkte stilling til spørgsmålet.

Efter gennemgang og efterkodning af de tilfælde, hvor patienten ikke havde taget stilling, men kun anført symptomer, ser det ud til, at lægen og patienten i 59% af tilfældene var enige om, at årsagen til henvendelsen var en legemlig lidelse, mens de i 6% af tilfældene var enige om at psykiske problemer var medvirkende eller ene-årsag til henvendelsen. I de øvrige tilfælde havde lægen og patienten forskellig opfattelse af karakteren af de problemer, der var årsag til henvendelsen, uanset om lægen kendte patienten i forvejen.

For 9% af patienterne fandt lægen, at psykisk forstyrrelse med eller uden legemlige symptomer var årsag til henvendelsen. Af disse fik 4/5 iværksat en form for behandling.

6. Tilstedeværende psykiske problemer eller psykisk forstyrrelse

Selv om legemlige sygdomssymptomer var den direkte årsag eller anledning til at søge læge, er det ikke ensbetydende med, at psykiske problemer var fraværende. Patienterne blev anmodet om at besvare spørgsmål vedrørende psykiske problemer sidste måned eller tidligere. Der var fire svarmuligheder:

Slet ikke
Lidt
En hel del
Virkelig meget.

Svarene blev dikotomiseret, således at "slet ikke" og "lidt" betragtes som nej, ingen psykiske problemer og svarene "en hel del" og "virkelig meget" betragtes som ja.

På spørgsmålet om de havde haft psykiske problemer den sidste måned svarede 53 (14%) ja. Det var 5% af mændene og 18% af kvinderne. Patienterne blev også spurgt, om de tidligere havde haft psykiske problemer. Hertil svarede 4% af mændene og 25% af kvinderne bekræftende. Tabel 6.1 viser sammenhængen mellem svarene på de to spørgsmål. 2% af mændene og 11% af kvinderne havde både haft psykiske problemer tidligere og havde det nu, mens 92% af mændene og 67% af kvinderne hverken angav psykiske problemer nu eller tidligere.

Tabel 6.1 Patienternes oplysninger om psykiske problemer nu (sidste måned) eller tidligere.

	Mænd		Kvinder	
	n	%	n	%
Både nu og tidligere	2	2	27	11
Kun nu	4	4	20	8
Kun tidligere	3	3	36	14
Hverken nu eller tidligere	103	92	172	67
I alt	112	101	255	100

χ^2 for kønsforskel: $p < 0.001$.

Flere kvinder end mænd havde både nu og tidligere haft psykiske problemer ifølge egne oplysninger. Af tabel 6.2 fremgår, at 16% af mændene og 41% af

kvinderne tidligere havde søgt hjælp for psykiske problemer. Men ifølge tabel 6.1 havde kun 5% af mændene og 25% af kvinderne svaret bekræftende på spørgsmålet, om de havde haft psykiske problemer tidligere.

Tabel 6.2 Patienternes oplysninger om tidligere at have søgt hjælp for psykiske problemer.

	Mænd		Kvinder	
	n	%	n	%
Tidligere søgt hjælp for psykiske problemer	18	16	107	41
- heraf tidligere indlagt psykiatrisk afdeling	5	4	18	7
- tidligere ambulantly konsultation hos psykiater (ej indlagt)	5	4	9	3
- tidligere søgt læge for psykiske problemer	6	5	48	18
- tidligere søgt anden hjælp	2	2	32	12
Alle deltagere i undersøgelsen	113	100	263	100

Tabel 6.2 viser også arten af tidligere hjælp. Mens der var nogenlunde lige stor andel af mænd (9%) og kvinder (10%), der tidligere havde været indlagt på psykiatrisk afdeling eller ambulantly behandlet af psykiater, så havde langt flere kvinder end mænd tidligere søgt almen læge eller anden hjælp for psykiske problemer.

Deltagere, der svarede, at de havde søgt ”anden hjælp” for psykiske problemer, blev bedt om at angive hvilken form for hjælp. Hertil svarede en del, at det drejede sig især om at tale med venner og familie. To patienter havde dog deltaget i sorggruppen i Nuuk, og to havde samtaler med psykolog. Én havde været på krisecenter, og én angav socialkontoret som det sted, hun havde søgt hjælp. En del fortalte ikke, hvor de havde søgt hjælp, men beskrev problemerne i følgende vendinger: identitetsproblemer, vold i parforhold, kærestesorg, ”besvimelse over hverdagsproblemer”, muskelspændinger, overgangsalder, abort, arbejdspress etc.

I alt svarede 18 mænd og 107 kvinder ja til tidligere at have søgt hjælp for psykiske problemer. Men kun to af de 18 mænd og 50 af de 107 kvinder havde svaret ja på spørgsmålet, om de havde haft psykiske problemer tidligere. Enten har de glemt eller bagatelliseret de tidligere psykiske problemer, da de besvarede det første, mere ubestemte spørgsmål. Først ved det mere konkrete spørgsmål, om de havde søgt hjælp, huskede de indlæggelsen eller de øvrige hjælpeforanstaltninger. Men dette at flere tidligere har søgt hjælp for psykiske problemer

end dem, der har oplyst om tidligere psykiske problemer, tyder på, at problemet er mere omfattende end oplyst af patienterne.

Også lægen blev anmodet om at tage stilling til, hvorvidt patienten (uafhængigt af årsagen til henvendelsen) havde en psykisk forstyrrelse. I 31 tilfælde besvarede lægen ikke spørgsmålet med den begrundelse, at han ikke kendte patienten. Af de resterende 345 patienter fandt lægerne, at 31 (9%) havde fra let, men klinisk signifikant, til svær psykisk forstyrrelse, mens 40 (12%) havde en subklinisk forstyrrelse, hvorved menes, at der var psykiske symptomer, men ikke i en grad eller af en karakter, som giver grundlag for en diagnose eller en behandling. En sammenligning mellem svarene fra henholdsvis patient og læge fremgår af tabel 6.3.

Tabel 6.3 Patienter og lægers angivelse af tilstedeværende psykiske problemer hhv. klinisk signifikant psykisk forstyrrelse.

	Mænd		Kvinder		Alle	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Patient og læge enige:						
- ingen psykiske problemer/forstyrrelser	87	88	172	75	259	79
Ifølge lægen psykisk forstyrrelse, men ifølge patienten ingen psykiske problemer	6	6	15	7	21	6
Ifølge lægen ingen psykisk forstyrrelse, men ifølge patienten psykiske problemer	4	4	35	15	39	12
Patient og læge enige:						
- psykiske problemer/ forstyrrelser	2	2	8	3	10	3
	99	100	230	100	329	100

Ifølge lægens vurdering havde 8% af mændene og 10% af kvinderne en klinisk signifikant forstyrrelse, altså ingen kønsforskel i lægens bedømmelse. Derimod angav 6% af mændene og 18% af kvinderne selv at have haft psykiske problemer sidste måned.

I et senere afsnit vil patient- og lægeoplysningerne blive sammenholdt med resultatet af det psykiatriske interview, SCAN Present State Examination, og med andre dele af spørgeskemaerne.

Konklusion vedrørende tilstedeværende psykisk forstyrrelse eller psykiske problemer, uanset årsagen til patientens henvendelse

I 79% af tilfældene var patient og læge enige om, at uanset årsagen til at søge læge, var der ikke psykiske problemer/forstyrrelser på undersøgelsestidspunktet, 3% var enige om, at der var psykiske problemer/forstyrrelser. For de resterende 18% var der ingen overensstemmelse mellem lægens og patientens opfattelse af tilstedeværende psykisk forstyrrelse/problemer.

Langt flere kvinder end mænd angav psykiske problemer nu eller tidligere, mens der ifølge lægens vurdering ingen kønsforskel var. 9% af mændene og 10% af kvinderne havde tidligere enten været indlagt på psykiatrisk afdeling eller været i ambulant behandling hos en psykiater. Derimod havde flere kvinder end mænd tidligere søgt distriktslæge eller anden hjælp for psykiske problemer. Sådanne kønsforskelle genfindes i andre undersøgelser. Hvorvidt der er tale om reelle kønsforskelle i forekomsten af psykiske forstyrrelser, der ikke har medført indlæggelse, eller de er udtryk for forskelle i hjælpsøgende adfærd, kan ikke udledes af undersøgelsen. Både for mænd og kvinder synes der at være en betydelig underrapportering af tidligere psykiske problemer.

7. Selvrapporterede mål for psykisk helbred

Forstyrrelser af det psykiske helbred kommer til udtryk gennem forskellige psykiske symptomer og forstyrret adfærd, hvis form og sværhedsgrad danner grundlaget for de psykiatriske diagnoser, det vil sige den vedtagne opdeling i kategorier af psykiske lidelser. Vi diagnosticerer for at kunne sammenligne sygdomsbilleder og for at bruge erfaringer vedrørende årsager, behandling og prognose fra andre patienter. Men mens der for psykoserne er meget at opnå ved denne kategorisering, er billedet mere usikkert, når de gælder de mere almindelige psykiske forstyrrelser som angst og lettere depressioner. Det er snarere reglen end undtagelsen, at de findes sammen, hvad enten angsten eller depressionen opfattes som det primære.

Psykiske helbredsproblemer kan eller skal ikke altid måles som en psykiatrisk diagnose. Der findes mere flimrende forstyrrelser, der kan komme til udtryk i diffus, vag angstelse og søvnforstyrrelse, diffuse psykosomatiske gener, tendens til misbrug, impulsreaktioner som selvmordsforsøg mm. Sådanne psykiske problemer synes at være særligt udbredte i samfund under social og kulturel forandring. De er betegnet "anomiske", idet det væsentlige er mangel på en bæredygtig mening, mål og elementær tryghed i tilværelsen (Cullberg 1984). Selv om det kan være svært at indpasse sådanne tilstande i det traditionelle diagnostesystem, giver de anledning til alvorlige forstyrrelser af tilværelsen både for de pågældende og for deres omgivelser.

Ud over de i forrige afsnit refererede summariske spørgsmål om patienten nu eller tidligere har haft psykiske problemer og lægens tilsvarende vurdering, om patienten har en psykisk forstyrrelse, er undersøgelsesdeltagernes psykiske helbred søgt vurderet ved hjælp af selvudfyldte spørgeskemaer. En mindre del har desuden medvirket ved et struktureret psykiatrisk interview, SCAN Present State Examination (WHO 1994), som er konstrueret, så svarene giver mulighed for at fastslå en eventuel psykiatrisk diagnose i henhold til WHO's International Classification of Diseases, version 10 (ICD-10). Her skal de forskellige undersøgelsesmetoder kort refereres, lige som resultatet af spørgeskemaundersøgelserne vil blive sammenholdt med det strukturerede psykiatriske interview. Der findes en række forskellige spørgeskemaer konstrueret til formålet. General Health Questionnaire (GHQ) er valgt her, blandt andet fordi det samme spørgeskema blev anvendt med godt resultat i den grønlandske sundhedsprofilundersøgelse, hvilket giver mulighed for at sammenligne resultaterne fra de to undersøgelser.

Andre spørgeskemaer, som indgår i undersøgelsen, er Whiteley's 7 spørgsmål om somatisering og hypokondri, som belyser fænomenerne sygdomsfrygt og optagethed af sygdom, og Hopkins SCL-12 somatiseringsskala, som vedrører symptomer, der erfaringsmæssigt har forbindelse med somatisering. Disse to skemaer vil blive nærmere beskrevet i afsnittet om somatisering.

General Health Questionnaire

General Health Questionnaire (GHQ) er et spørgeskema, der er konstrueret til at finde psykiske forstyrrelser i den almene befolkning og hos patienter uden for det psykiatriske undersøgelses- og behandlingssystem (Goldberg & Huxley 1988). Det sætter fokus på psykologiske komponenter af dårligt helbred og beskæftiger sig med to hovedklasser af fænomener: manglende evne til at udføre ens normale funktioner samt fremkomsten af nye fænomener af belastende natur. I den her anvendte udgave med 12 spørgsmål, er der seks spørgsmål, der handler om brud på normale funktioner og seks spørgsmål, der vedrører nye abnorme funktioner. Som eksempler på de to grupper spørgsmål med svarmuligheder kan nævnes:

Har du inden for de seneste uger kunnet koncentrere dig om det, du har lavet?

- Ja, bedre end sædvanligt
- Som sædvanligt
- Nej, ikke så godt som sædvanligt
- Nej, meget dårligere end sædvanligt.

Har du inden for de seneste uger haft søvnproblemer på grund af bekymringer?

- Nej, slet ikke
- Ikke mere end sædvanligt
- Ja, mere end sædvanligt
- Ja, meget mere end sædvanligt.

For hvert spørgsmål registreres svaret som 0 eller 1 point, afhængigt af om patienten har afkrydset et af de to første eller de to sidste svarmuligheder. De 12 spørgsmål kan altså tilsammen score en værdi mellem 0 og 12, hvor 12 angiver, at der er svaret bekræftende på alle spørgsmål. Det samlede antal points kan således betragtes som et mål for graden af psykisk funktionsforstyrrelse. På grundlag af testen kan deltagerne deles op i "normale" og "muligvis psykisk syge", også betegnet henholdsvis robuste og sårbare. Det betyder ikke, at alle sårbare og ingen robuste har en psykisk lidelse efter en nøjere psykiatrisk vurdering, kun at risikoen for at have en psykisk lidelse er større blandt dem i den

sårbar gruppe end dem i gruppen robuste. Alle 12 spørgsmål findes i bilag 1. De enkelte spørgsmål må ikke ses isoleret. Det er det samlede resultat af svarene, der kan anvendes til screening af det psykiske helbred.

I nogle tilfælde er ikke alle 12 spørgsmål besvaret. Her er anvendt samme principper for behandling af manglende data, som blev anvendt i sundhedsprofilundersøgelsen. For ikke at begrænse materialets størrelse mere end nødvendigt indgår alle personer, der har besvaret mindst ni af spørgsmålene i analyserne. Når deltageren har besvaret de ni af spørgsmålene, er vi gået ud fra, at de manglende svar skyldes usikkerhed med hensyn til hvilket svar, der var mest korrekt. De manglende svar er derfor sat til 0.5 ved beregning af den totale GHQ værdi. Derimod kan denne antagelse ikke fastholdes, såfremt kun få eller ingen spørgsmål er besvaret. Disse udgår derfor af undersøgelsen.

Fastlæggelse af grænsen mellem robuste og sårbare sker ved at sammenholde resultatet af GHQ-12 med resultatet af et heraf uafhængigt psykiatrisk interview, SCAN Present State Examination, som er beskrevet i et følgende afsnit, side 65. SCAN interviewets formål er at tage stilling til, om den interviewede opfylder kriterierne for en psykiatrisk diagnose i henhold til WHO's (Verdenssundhedsorganisationens) internationale sygdomsklassifikation ICD-10. Hvis vi betragter resultatet af SCAN som det endelige svar på, hvorvidt patienten har en psykisk lidelse, og resultatet af GHQ-12 som en screening for psykisk lidelse, kan man sammenholde resultatet af GHQ og SCAN og fastlægge grænsen mellem robuste og sårbare på en måde, så der bliver så få falsk positive og falsk negative som muligt. Der er ikke et enkelt skæringspunkt, som er det "rigtige". Det må afhænge af formålet med opdelingen af patienterne i sårbare og robuste. Hvis formålet med screeningen er at finde de fleste eller alle med en psykisk forstyrrelse, altså screeningen skal have høj sensitivitet, skal skæringspunktet lægges lavt. Men prisen for det er, at mange raske bliver omfattet, med andre ord at specificiteten bliver lav. En nærmere beskrivelse af konsekvensen af forskellige skæringspunkter for sårbarhed i sammenligningen mellem GHQ og SCAN resultater findes i bilag 2.

I den grønlandske sundhedsprofilundersøgelse blev GHQ-12 værdier på 2 point og derover anvendt ved registreringen af sårbarhed i forskellige befolkningsgrupper. Efter analyse af de forskellige skæringspunkter for sårbarhed (se bilag 2) er samme opdeling anvendt i det følgende. Den giver en sensitivitet på 0,72 (hvilket er ensbetydende med, at 72% af alle med en psykisk lidelse findes i gruppen af sårbare ved screeningen). Specificiteten er 0,69. Med andre ord 69% af dem, der ikke fik en diagnose ved SCAN, er også udelukket fra gruppen af

sårbare. Det svarer til, at andelen af falsk positive er 0,31 eller 31%, og at andelen af falsk negative er 0,28 eller 28%.

Med det valgte skæringspunkt GHQ 2+ for sårbare var andelen af sårbare 35% i sundhedsprofilundersøgelsen. I denne undersøgelse er andelen af sårbare 51%. Der er altså flere sårbare blandt patienterne i denne undersøgelse end blandt et tværsnit af hele befolkningen, hvilket også var at forvente. Og hvis vi sammenligner mellem undergrupper i de to undersøgelser, minimeres forskellene. Andelen af sårbare var 48% blandt dem, der i sundhedsprofilundersøgelsen havde søgt læge inden for de sidste 14 dage. Det er således rimeligt at antage, at undersøgelsespopulationen, hvad angår sårbarhed, er repræsentativ for alle lægesøgende.

Tabel 7.1 Andel sårbare i udvalgte grupper i henholdsvis Sundhedsprofilundersøgelsen og denne undersøgelse.

Sundhedsprofilen	Antal	Heraf		Antal	Heraf	
		sårbare	Denne undersøgelse		sårbare	p ^{*)}
Interviewede, der havde været hos lægen inden for de seneste 14 dage	176	48%	Alle deltog i undersøgelsen i forbindelse med et besøg hos læge	376	51%	0,56 (n.s.)
Interviewede med godt selv vurderet helbred og uden psykisk sygdom eller symptomer	670	21%	Slet ikke følt sig nedtrykt seneste uger	143	17%	0,27 (n.s.)
			Følt sig nedtrykt seneste uger	90	93%	
Interviewede, der har været hos lægen seneste 14 dage med psykiske gener	87	68%	Søgt læge for psykisk besvær eller både legemligt og psykisk besvær	38	92%	0.02

^{*)} χ^2 for sammenligning mellem sundhedsprofilen og denne undersøgelse.

Andelen af sårbare var 92% blandt dem, der angav at have søgt læge på grund af psykiske problemer, og 93% blandt dem, der havde følt sig nedtrykt de seneste uger. Omvendt var der kun 17% sårbare blandt dem, der slet ikke havde følt sig nedtrykt, og knapt 30% blandt dem, der angav ikke at have haft psykiske problemer i den sidste måned (sidstnævnte ikke vist i tabellen).

Tabel 7.2 Andel psykisk sårbare (GHQ 2+) fordelt på mænd og kvinder og distrikt.

	Mænd	Kvinder	Mænd + kvinder	p ^{*)}
Nuuk	41%	54%	50%	0,07
Qasigiannguit	35%	63%	55%	0,01
Alle	40%	56%	51%	0,004
p ^{**)}	n.s.	n.s.	n.s.	

*) χ^2 for sammenligning mellem mænd og kvinder.

***) χ^2 for sammenligning mellem Nuuk og Qasigiannguit.

n.s. p>0,10.

Der var signifikant flere sårbare blandt kvinder end blandt mænd både i Nuuk og Qasigiannguit. Derimod var der ikke signifikante forskelle mellem sårbarheden blandt mænd i hhv. Nuuk og Qasigiannguit og blandt kvinder i hhv. Nuuk og Qasigiannguit. Der var ingen klar sammenhæng med personens alder eller længden af skolegang eller uddannelse. Men tallene er små. Derimod var der signifikant flere sårbare blandt personer uden tilknytning til arbejdsmarkedet (arbejdsløse, pensionister og husmødre) end blandt dem, der havde arbejde eller var under uddannelse. Senere analyser viser også flere sårbare blandt dem, der havde alkoholproblemer i den nærmeste familie, og blandt dem, der selv havde alkoholproblemer.

Konklusion vedrørende selvrapporteret psykisk sårbarhed

Psykisk sårbarhed er målt med Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ-12). Med skæringspunkt ved GHQ på 2 points og derover kunne 51% af alle undersøgelsesdeltagerne betegnes som sårbare. Der var flere sårbare kvinder end mænd, men ingen klar sammenhæng med alder. Derimod var der flere sårbare uden tilknytning til arbejdsmarkedet (arbejdsløse, pensionister og hjemmegående husmødre) end blandt dem, der enten havde arbejde eller var i gang med en uddannelse. Også det at leve med alkoholproblemer i den nærmeste familie eller selv have alkoholproblemer øgede sårbarheden.

Mere end 90% af dem, der svarede, at de havde været nedtrykte eller havde haft psykiske problemer sidste måned tilhørte gruppen af sårbare. Resultaterne svarer godt til dem, der blev påvist i Sundhedsprofilundersøgelsen.

Somatisering

Udtrykket somatisering (direkte oversat legemliggørelse) anvendes om det fænomen, at forskellige former for psykiske belastninger og psykiske sygdomme eller forstyrrelser kan medføre legemlige symptomer. Sådanne symptomer gi-

ver naturligvis anledning til overvejelser om, hvorvidt de er udtryk for en fysisk sygdom og i så fald finde en effektiv (fysisk) behandling. Men sagen er mere kompliceret end til blot at afklare, om der er tale om en "egentlig sygdom". Den skarpe adskillelse mellem det fysiske og det psykiske er et levn fra den vestlige medicins "apparatfejlmmodel", som nok har betydet store fremskridt i behandlingen af en række sygdomme, ikke mindst infektionssygdomme, men den har også betydet, at det store område af sammenhæng mellem psykisk og fysisk forstyrrelse ofte er blevet overset eller ikke anerkendt i den travle hverdag i den primære sundhedstjeneste.

Somatisering er ikke et veldefineret eller entydigt begreb. Goldberg & Bridges (1988) fastslår i en oversigtsartikel, at der er tale om en proces, et resultat af et samspil mellem læge og patient. Lægen øger ofte sandsynligheden for at legemlige symptomer bliver hovedemnet i det medicinske interview ved selektivt at fokusere på dem, dels på grund af frygt for at overse en organisk sygdom, dels fordi lægeuddannelsen med den højtudviklede medicinske teknologi opmuntrer til at søge reduktionistiske forklaringer på smerter og belastninger. De taler om fakultativ somatisering, hvis en patient, der har vist somatiseringstendens ved undersøgelsen hos lægen, under senere samtale med psykiater er åben for den mulighed, at psykologiske faktorer var af betydning for sygdomstilstanden. Men også andre faktorer end lægers holdninger fremmer somatisering. Først og fremmest stigmatiseringen af psykiske lidelser.

Kirmayer et al. (1991) beskriver tre grupper af somatiseringstilstande: 1) medicinsk uforklarlige symptomer, der rapporteres fra flere fysiologiske systemer, og som i ekstrem form udgør den amerikanske DSMIII diagnose somatiseringsforstyrrelse; 2) forstærkede somatiske klager i forbindelse med hypokondri; 3) somatisk præsentation (maskering) af depression og angst. Der er tale om et bredt spektrum af fænomener, der kan måles i relation til en række forhold, så som sygdomsadfærd "doktorshopping" (det forhold, at patienter søger flere forskellige læger for samme problemer), fysiske symptomer og hele det kognitive/emotionelle område: patientens tro på og frygt for sygdom samt henføring af fysiske symptomer og fornemmelser til fysisk sygdom.

Der foreligger ingen undersøgelser af somatiseringsfænomener blandt grønlandere i nutiden. Men en undersøgelse af grønlandske patienters informationsudveksling med danske behandlere, deres tilfredshed og behandlingspræferencer (Elsass et al. 1994a) samt af de samme undersøgelsesdeltageres sygdoms- og sundhedsopfattelse (Elsass et al. 1994b) har interesse i denne sammenhæng. Undersøgelsen nåede frem til, at der trods store sprogvanskeligheder og kom-

munikationsbrist alligevel kunne opstå patienttilfredshed. Der var tendens til, at de ældre grønlandske patienter modtog den danske behandlingsydelse med større tilfredshed end de yngre, og behandlerne vurderede, at utilfredshed og manglende kompliance (behandlingsaccept, min tolkning) oftere opstod hos de yngre. Mange patienter gav udtryk for en passiv dependent holdning ”jeg ved ikke noget om sygdom, det må lægen tage sig af” eller ”jeg overgiver mig til lægen”. I øvrigt nævnte en stor del af behandlerne, at der var forskel på de grønlandske patienter. Nogle var ”meget pylrede og bekymrede” og havde en tendens til at bebyrde sundhedsvæsenet med unødige klager, mens andre var mere hårdføre og for eksempel gav mindre udtryk for smerte og bekymring. Sådanne udtalelser kunne tyde på, at somatiseringsfænomenerne ikke altid betragtes som en del af patientens problemer, men snarere som generende ”støj”.

Formålet med denne del af undersøgelsen er at belyse fænomenet somatisering i bred forstand. Ved hjælp af spørgeskemaer har vi indhentet informationer om patientens sygdomsoptagethed, hans eller hendes eventuelle frygt for eller overbevisning om at være alvorligt syg trods lægens forsikringer om, at det ikke er tilfældet, samt om en række fysiske symptomer og fornemmelser. Derefter er disse data blevet sammenholdt med lægens opfattelse af, hvorvidt patienten er somatiserende og/eller mere sygdomsoptaget end forventeligt i forhold til tilstanden.

Whiteley-7 skala for somatisering og hypokondri

Whiteley-7 er et selv-udfyldt spørgeskema med 7 spørgsmål, som især belyser sygdomsfrygt og optagethed af legemlige fornemmelser (Fink et al. 1999). Her sættes fokus på det kognitive/emotionelle område, troen på og frygten for sygdom og henføring af fysiske symptomer og fornemmelser til fysisk sygdom. De enkelte spørgsmål er vist i tabel 7.3.

Der er fire svarmuligheder:

”Slet ikke”

”Lidt”

”En hel del”

”Virkelig meget”.

Svarene blev dikotomiserede, således at ”slet ikke”, eller ”lidt” blev betragtet som negativt svar (0), mens ”en hel del” og ”virkelig meget” blev anset for positivt svar (1). Whiteley-7 indekset giver altså maksimalt et score på 7, svarende til at alle spørgsmål er besvaret bekræftende.

Resultater

Tabel 7.3 viser de syv spørgsmål rangordnet med frekvensen af positive svar for begge køn. Relativt flere kvinder svarede bekræftende på spørgsmålene end mænd. Middelværdi for summen af positivt besvarede spørgsmål var 0,52 for mænd og 0,97 for kvinder ($p=0,02$). I den tilsvarende danske undersøgelse var antallet af positive svar højere, og rækkefølgen for højeste antal positive svar var en anden. Således svarede 12% i nærværende undersøgelse bekræftende på spørgsmålet, om de mente, der var noget alvorligt galt med kroppen, mens det gjaldt 32% i den danske undersøgelse. Mens 9% fandt det svært at tro på, at lægen havde ret, når han sagde, at der ikke var noget at bekymre sig for, gjaldt det 19% i den danske undersøgelse. Kun ét spørgsmål blev hyppigere besvaret positivt i Grønland: 23% havde været generet af mange forskellige slags smerter, mens det gjaldt 16% i den danske undersøgelse.

Tabel 7.3 Whiteley-7 skala for somatisering.

	Mænd n=111	Kvinder n=259	Begge n=370	p ^{*)}
Har du inden for de seneste uger	%	%	%	
- været generet af forskellige slags smerter?	20	25	23	n.s.
- været bekymret om dit helbred?	8	15	13	0,06
- ment, der var noget alvorligt galt med kroppen?	8	14	12	n.s.
- været bekymret over, om du lider af en alvorlig sygdom?	5	12	10	0,05
- været generet af, om lægen måske ikke har ret, når han siger, at der ikke er noget at bekymre sig over?	6	11	9	0,09
- været bekymret over, om du selv lider af en sygdom, du har hørt eller læst om?	5	11	9	n.s.
- været generet af mange forskellige sygdomssymptomer?	4	10	8	0,04

^{*)} χ^2 for kønsforskel. n.s.: $p>0,10$.

SCL-12 skala for somatisering

SCL-12 er en skala med 12 spørgsmål vedrørende symptomer, der erfaringsmæssigt har forbindelse med somatisering (Derogatis et al. 1973). Den beskæftiger sig således med en anden side af somatiseringsfænomenerne end Whiteley-7 skalaen. Tabel 7.4 viser spørgsmålene med andel positive svar fordelt på mænd og kvinder.

Tabel 7.4 SCL-12 skala for somatisering.

	Mænd n=113	Kvinder n=259	I alt n=372	p*)
Har du inden for de seneste uger været generet af	%	%	%	
- hovedpine?	17	38	32	0,000
- svimmelhed?	6	16	13	0,008
- smerter i hjertet eller brystet?	10	12	11	n.s.
- lavtsiddende rygsmerte?	15	18	17	n.s.
- kvalme eller urolig mave?	12	14	13	n.s.
- muskelømhød?	23	28	26	n.s.
- besvær med at få luft?	9	13	12	n.s.
- anfald med varme- eller kuldefornemmelser?	17	23	21	n.s.
- følelsesløshed eller snurrende fornemmelse i dele af din krop?	6	11	9	n.s.
- en klump i halsen?	4	15	12	0,001
- svaghed i dele af din krop?	10	16	14	n.s.
- tyngdefornemmelse i dine arme eller ben?	9	16	14	n.s.

*) χ^2 for kønsforskøl. n.s.: $p > 0,10$.

Relativt flere kvinder end mænd svarede bekræftende på alle spørgsmål. Midelværdi for summen af positive svar var for kvinder 2,18, for mænd 1,36 ($p=0,002$). Kønsforskøllen var signifikant for hovedpine, svimmelhed og en klump i halsen. 38% af alle kvinderne svarede bekræftende på spørgsmålet, om de inden for de seneste uger havde været generet af hovedpine, og 28% havde været generet af muskelømhød. Blandt mændene var muskelømhød det hyppigste symptom (23%).

Over for patientens svar på spørgsmålene i de to skemaer står lægens opfattelse af, om patienten er hypokonder eller har tendens til somatisering. Efter model fra en undersøgelse af somatiseringstendens hos patienter i den primære sundhedstjeneste i Danmark (Fink et al. 1999) blev variabelen somatisering konstrueret ud fra lægens svar på spørgsmålet om årsagen til patientens henvendelse. Såfremt lægen anså problemstillingen for diffus, eller det drejede sig om en psykisk lidelse med sekundære fysiske symptomer, blev det betragtet som tegn på somatisering. Lægen blev også spurgt, om patienten var mere optaget af legemlige symptomer end forventet i den aktuelle situation. Hvis det var tilfældet, blev det registreret som tegn på hypokondri.

26% af kvinderne og 15% af mændene blev af lægen anset for somatiserende, mens 33% af kvinderne og 15% af mændene blev opfattet som hypokondert op-

tagede. 16% af kvinderne og 9% af mændene var både somatiserende og hypokondert optagede. Den danske undersøgelse (Fink et al. 1999) viser 27% somatiserende og 32% hypokondert optagede. Eventuelle kønsforskelle ikke anført.

Tabel 7.5 viser sammenhænge mellem patientens svar på henholdsvis Whiteley-7 og SCL-12 spørgsmålene og lægens vurdering af, om patienten er mere end forventet optaget af legemlige symptomer (hypokonder) eller har somatiseringstendens.

Tabel 7.5 Whitley-7 og SCL-12 scores i relation til lægens opfattelse.

	Lægens opfattelse									
	Årsag til konsultationen ifølge lægen					Optagethed af legemlige symptomer set i forhold til tilstanden ifølge lægen				
	Veldef. sygdomstilstand		Somatisering ^{*)}		Kappa	Som forventet		Mere end forventet		Kappa
Antal	%	Antal	%	Antal		%	Antal	%		
Whiteley-7										
Score 0	203	70	43	54	0,127	189	72	54	54	0,164
Score 1-7	88	30	36	46	p=0,01	75	28	46	46	p<0,005
SCL-12										
Score 0-2	226	80	41	51	0,267	214	81	55	54	0,266
Score 3-12	57	20	39	49	p<0,0001	51	19	46	46	p<0,0001

^{*)} dårligt defineret sygdom eller psykisk lidelse med somatiske symptomer.

34% af alle patienter fik mindst et point på Whiteley skalaen. Lægerne fandt, at 21% var somatiserende og 27% hypokondre. Da hverken lægens vurdering eller resultatet af Whiteley kan betragtes som det "sande" mål, er der anvendt kappa værdier til at bedømme overensstemmelsen mellem de to mål. Der er bedst, men alligevel kun nogenlunde god overensstemmelse mellem SCL-12 somatiseringsskalaen og lægens bedømmelse af såvel somatisering som sygdomsoptagethed. For Whiteley-7 skalaen var overensstemmelsen mindre god.

Den videre analyse af svarene på Whiteley-7 og SCL-12 spørgsmålene følger efter beskrivelsen af SCAN – interviewene.

Konklusion vedrørende somatisering

Somatisering, det fænomen at forskellige former for psykisk belastning og psykiske sygdomme kan medføre legemlige symptomer uden påviselig legemlig sygdom og uforholdsmæssig sygdomsbekymring, er belyst ved spørgeskemaer og ved udsagn af lægen.

En fjerdedel af kvinderne og en femtedel af mændene har været generet af mange forskellige slags smerter. Kvinder har signifikant hyppigere hovedpine, svimmelhed og en klump i halsen end mænd. Flere kvinder end mænd er optaget af bekymring for sygdom, generet af mange forskellige sygdomssymptomer og er i tvivl om, hvorvidt lægen har ret, når han siger, at der ikke er noget at bekymre sig over. Sammenlignet med patienter i Danmark har dog kun halvt så mange i Grønland givet udtryk for manglende tiltro til lægens forsikringer om, at der ikke er noget at bekymre sig for.

Lægen opfattede 26% af kvinderne og 15% af mændene som somatiserende og 33% af kvinderne og 15% af mændene som hypokondert optagede. Overensstemmelsen mellem patienternes svar på somatiseringsskalaerne og lægens vurdering var nogenlunde god for SCL-12 somatiseringsskalaen, den skala der omhandler konkrete symptomer, mens den var mindre god for Whiteley-7 skalaen, der mere handler om sygdomsfrygt og bekymring.

8. Misbrugsproblemer

Alkohol

Alkoholrelaterede problemer hos patienter i den primære sundhedstjeneste er et kompliceret og ofte overset emne. Alkohols direkte skadevirkninger på organerne kan sædvanligvis først påvises efter et længerevarende stort forbrug. Mere almindeligt er en række direkte psykosociale følger af alkoholmisbrug, som påvirker livskvaliteten, ikke blot for misbrugeren, men også for omgivelserne, først og fremmest familien.

Befolkningens nuværende alkoholvaner er kortlagt i den grønlandske sundhedsprofilundersøgelse (Bjerregaard et al. 1995). I denne kortlægning, som alene bygger på selvrapporterede data, indgår:

- Forbrugets størrelse
- Drikkemønster
- Sociale og medicinske problemer som følge af alkoholforbruget.

Følgende definitioner blev anvendt i sundhedsprofilundersøgelsen:

Forbrug: antal genstande om ugen. (En genstand svarer til en pilsner eller 1/6 flaske bordvin etc.)

Drikkemønster

Rusdrikkere: Personer, der drak mere end 10 genstande sidst de drak alkohol, samt personer, der havde været berusede for nylig eller havde kørt bil eller slæde eller sejlet efter at have drukket mere end 3-4 genstande, blev klassificerede som rusdrikkere.

Storforbrugere: Personer, der drak ofte og/eller meget og havde et skønnet forbrug på mere end 16 genstande pr. uge, blev klassificeret som storforbrugere. Et forbrug på 16 genstande ugentligt ligger inden for det af Sundhedsstyrelsen anbefalede som ikke sundhedsskadeligt. Men når man sammenholder de i sundhedsprofilundersøgelsen angivne forbrug med det af myndighederne registrerede forbrug, viser det sig, at det i undersøgelsen rapporterede kun dækker 56% af det officielt angivne, hvorfor antallet 16 formentlig svarer til et reelt forbrug på 25-30 genstande om ugen. En underrapportering af den størrelse er ikke usædvanlig ved selvangivet alkoholforbrug.

Der er i denne undersøgelse anvendt samme formuleringer af spørgsmålene og definition af variablerne *rusdrikkeri* og *storforbrug* og herved er det muligt at få indtryk af, hvorvidt patienterne i undersøgelsen adskiller sig fra den almene befolkning med hensyn til alkoholforbrug og alkoholproblemer. Et vigtigt formål med kortlægningen af alkoholforbrugsmønstret har også været at undersøge en eventuel sammenhæng med patientens psykiske helbredsforhold.

Tabel 8.1 viser hvor ofte, om overhovedet, undersøgelsesdeltagerne drak alkohol. Til sammenligning er anført Sundhedsprofilens tal fra Nuuk og Qasigiannuguit. 11% af mændene og 16% af kvinderne drak slet ikke alkohol. Kun ganske få drak dagligt ifølge egne angivelser. Mere end halvdelen drak sjældnere end én gang om ugen. Dog er der formentlig – lige som det også var tilfældet for sundhedsprofilen - en vis underrapportering, ikke alene med hensyn til det samlede forbrug, men også hvor ofte patienterne drak. Halvdelen af dem, der angav at drikke sjældnere end en gang om ugen, havde drukket inden for den sidste uge.

Tabel 8.1 Selvangivet alkoholforbrugshyppighed.

	Denne undersøgelse		Sundhedsprofilen	
	Mænd %	Kvinder %	Mænd %	Kvinder %
Drikker ikke alkohol	11	16	8	14
Drikker ikke i hver uge	55	68	50	59
Drikker mindst en gang om ugen, men ikke dagligt	30	15	35	26
Drikker dagligt	4	1	7	1

Alkoholforbruget målt ved antal genstande pr. uge fremgår af tabel 8.2. Til sammenligning er anført resultaterne fra Sundhedsprofilundersøgelsen. Ser vi bort fra, at mænd fra Qasigiannuguit angav et gennemsnitligt ret højt forbrug i Sundhedsprofilundersøgelsen, er der ikke markante forskelle imellem de to undersøgelser. Det gennemsnitlige forbrug blandt mænd er ca. 1.7 gange højere end forbruget blandt kvinder. Det lavest rapporterede forbrug er 0 genstande, det højeste er 56 genstande om ugen.

Tabel 8.2 Selvangivet gennemsnitligt alkoholforbrug. Antal genstande per uge.

		Undersøgelsen	Sundhedsprofilen
Alle deltagere	Mænd	8,9	10,0
	Kvinder	5,2	5,5
Nuuk	Mænd	9,7	9,3
	Kvinder	5,6	5,9
Qasigiannuguit	Mænd	6,7	14,3
	Kvinder	4,3	4,0

Tabel 8.3 viser forekomsten af rusdrikkeri og storforbrug blandt mænd og kvinder. 30% af mændene og 15% af kvinderne havde et problematisk drikkemønster (rusdrikkeri og/eller storforbrug). Der var flere rusdrikkere end storforbrugere, både blandt mænd og kvinder. I Sundhedsprofilundersøgelsen havde 25% af alle deltagere et problematisk drikkemønster. Der var næsten lige mange mænd og kvinder i Sundhedsprofilundersøgelsen. Hvis man korrigerer tallene i nærværende undersøgelse til kønsfordelingen i Sundhedsprofilundersøgelsen, finder man, at 22% havde et problematisk drikkemønster.

Tabel 8.3 Drikkemønster fordelt på køn.

	Mænd n=97 (uoplyste n=16)	Kvinder n=221 (uoplyste n=42)
Hverken rusdrikkeri eller storforbrug	70%	85%
Kun rusdrikkeri	12%	6%
Kun storforbrug	2%	3%
Både rusdrikkeri og storforbrug	16%	6%

7% (8% af mændene og 6% af kvinderne) havde været så berusede inden for den sidste måned at de kom til at gøre noget uheldigt som for eksempel faldt i søvn uden at været gået i seng, kom til skade eller kom i slagsmål. 9% af mændene og 2% af kvinderne havde sejlet båd, eller kørt bil eller slæde efter at have drukket mere end 3-4 genstande.

Alkoholrelaterede sociale problemer

Deltagerne i undersøgelsen blev spurgt om de inden for den sidste måned havde været ude for en række situationer, enten på grund af eget alkoholforbrug eller alkoholforbrug hos den nærmeste familie. De enkelte spørgsmål og svarene

fremgår af tabel 8.4. Antal deltagere, der har besvaret spørgsmålene, er anført i første kolonne. Mange har undladt at besvare spørgsmålene. Det store bortfald hænger formentlig sammen med den måde spørgsmålene er præsenteret på. De er samlet i én rubrik, hvilket kan have virket overvældende på deltagerne. I hvert fald er der flere ubesvarede blandt de sidste spørgsmål på listen end blandt de første. Derimod er der lige så stor en andel af dem, der har et problematisk alkoholforbrug, som af dem, der hverken har rusdrikkeri eller storforbrug, der har undladt at besvare spørgsmålene. Vi har derfor antaget, at bortfaldet ikke væsentligt forrykker de fundne resultater.

Tabel 8.4 Alkoholrelaterede sociale problemer og alkoholforbrugsmønstre. Hele undersøgelsespopulationen N=376. Antal svar i parentes.

	Alle %	Hverken rusdrik- keri eller stor- forbrug %	Rus- drikkere %	p ^{*)}	Stor for- bruger %	p ^{*)}
Skænderi i familien (n=250)	14	12	25	n.s.	10	n.s.
Manglet penge (n=237)	9	5	25	<0.001	24	<0.003
Mistet sit arbejde (n=230)	1	0	5	<0.03	4	n.s.
Meldt sig syg (n=230)	8	7	14	n.s.	16	n.s.
Haft svært ved at møde på arbejde (n=231)	4	3	8	n.s.	7	n.s.
Helbredsproblemer (n=238)	8	5	20	0.005	14	n.s.
Selv kommet til skade eller skadet andre ved uheld (n=234)	3	1	13	<0.002	15	<0.003
Selv kommet til skade eller ska- det andre ved slagsmål (n=231)	2	1	3	n.s.	8	n.s.
Alkoholproblemer i nærmeste familie (n=306)	42	45	31	n.s.	24	0.03
Alkoholproblemer i barndoms- hjem (n=312)	54	53	65	n.s.	43	n.s.
Ofte alkoholproblemer i barn- domshjem (n=312)	12	12	15	n.s.	11	n.s.

^{*)} χ^2 for sammenligning med patienter, der hverken er rusdrikkere eller storforbrugere.
n.s.: p>0.05.

De hyppigst rapporterede problemer er skænderi i familien og pengemangel. Skænderi i familien er ganske udbredt, også blandt dem, der selv hverken er storforbrugere eller rusdrikkere. Derimod er der en klar sammenhæng mellem

problemdrikkeri og pengemangel. Helbredsproblemer og det at være kommet til skade eller have forvoldt skade er også langt hyppigere blandt patienter med problematisk drikkemønster. Når vi analyserer forholdene for hvert køn for sig (ikke vist her), var de hyppigst rapporterede problemer for rusdrikkende kvinders vedkommende skænderier i familien, helbredsproblemer og pengemangel. Blandt rusdrikkende mænd var det hyppigste problem pengemangel, dernæst tilskadekomst ved uheld, helbredsproblemer og sygemeldinger. Alt i alt rapporterede kvinderne oftere problemer end mændene.

51% af mændene og 55% af kvinderne angav, at der havde været alkoholproblemer i barndomshjemmet; for 7% af mændene og 14% af kvinderne havde det ofte været tilfældet. Alkoholproblemer i barndomshjemmet var mest udbredt blandt dem under 45 år.

Lidt færre med børn end uden børn havde et problemdrikkemønster (tabel 8.5). For begge køn tilsammen var forskellen signifikant.

Tabel 8.5 Problemdrikkemønster, hvert køn for sig, med og uden børn.

	Mænd		Kvinder		Mænd og kvinder ^{*)}	
	Antal	Heraf med problemdrikkeri	Antal	Heraf med problemdrikkeri	Antal	Heraf med problemdrikkeri
Har ingen børn	36	36%	41	24%	77	30%
Har børn	51	25%	165	13%	216	16%
Alle	87	30%	206	16%	293	18%
Uoplyst	26		57		83	

^{*)} χ^2 for sammenligning mellem det at have børn og problemdrikkemønster $p=0.02$.

Undersøgelsesdeltagerne blev spurgt, om der var nogen i den nærmeste familie, der havde alkoholproblemer. 42% (33% af mændene og 47% af kvinderne) svarede bekræftende. Blandt dem, der ikke selv havde et problematisk drikkemønster, angav flere alkoholproblemer i nærmeste familie end blandt dem, der selv havde alkoholproblemer. For at vurdere, hvor mange familier, der har mindst et medlem med alkoholproblemer, må vi medregne dem, der selv har alkoholproblemer, men som svarer nej på, om nogen i den nærmeste familie har alkoholproblemer. Herved når vi frem til, at 55% af mændene og 56% af kvinderne har alkoholproblemer i familien, enten hos dem selv eller andre familiemedlemmer.

Analyser med logistisk regression med kontrol for alder og køn tyder på, at det, ofte at have oplevet alkoholproblemer i barndomshjemmet, har betydning for en række alkoholrelaterede forhold i voksenlivet. Således var der både flere af dem, der oplyste, at de havde været stærkt berusede inden for den sidste måned, og dem, der havde mange skænderier i familien, der ofte eller af og til havde oplevet alkoholproblemer i opvæksthjemmet ($p < 0,05$ for begge). De havde også langt hyppigere alkoholproblemer i nærmeste familie nu end dem, der ikke havde oplevet alkoholproblemer i barndomshjemmet ($p < 0,0001$).

Alkoholproblemerne og sårbarhed målt ved GHQ-12

I tabel 8.6 er anført andelen af sårbare med forskellige former for alkoholproblemer.

Tabel 8.6 Forskellige mål for alkoholproblemer og andel sårbare målt ved GHQ-12.

	Hele undersøgelsespopulationen n=376		
	n	Andel sårbare (GHQ 2+)	p ^{*)}
Alkoholproblemer i barndomshjem			
ja, ofte	47	62%	
ja, af og til	143	52%	
nej, aldrig	172	47%	n.s.
Alkoholproblemer i nærmeste familie			
ja	148	58%	
nej	207	46%	0,06
Alkoholproblemer hos patienten			
rusdrikkeri og/eller storforbrug	63	57%	
ingen af delene	255	48%	0,06

^{*)} Logistisk regression med kontrol for alder og køn. n.s.: $p > 0,10$.

Der er en vis, om end ikke stærkt udtalt sammenhæng mellem sårbarhed og alkoholproblemer. Således var 62% af dem, der ofte oplevede alkoholproblemer i barndomshjemmet, sårbare målt ved GHQ-12. Men det samme var 47% af dem, der aldrig oplevede alkoholproblemer i hjemmet. Andelen af sårbare var af samme størrelsesorden hos dem, der ikke havde alkoholproblemer i nærmeste familie, og blandt dem, der ikke selv havde alkoholproblemer, eller lidt mindre end de 51% sårbare, som er gennemsnit for alle deltagere i undersøgelsen.

Hash

35% af mændene og 23% af kvinderne havde røget hash adskillige gange, 43% af mændene og 39% af kvinderne kun én enkelt eller få gange, mens 22% af mændene og 38% af kvinderne aldrig havde røget hash. Tabel 8.7 viser andelen af hashrygere fordelt på alder og køn. Til sammenligning er vist resultaterne af sundhedsprofilens undersøgelser i Nuuk og Qasigiannuit.

Tabel 8.7 Andelen, der har røget hash mere end en enkelt/få gange fordelt efter alder og køn.

Alder	Denne undersøgelse				Sundhedsprofilundersøgelsen			
	Mænd		Kvinder		Mænd		Kvinder	
	Antal	Heraf hash-rygere %	Antal	Heraf hash-rygere %	Antal	Heraf hash-rygere %	Antal	Heraf hash-rygere %
18-24	8	62.5	30	33.3	18	50.0	15	40.0
25-34	46	41.3	101	34.7	47	40.4	67	26.9
35-44	37	35.1	76	14.5	36	38.9	49	20.4
45-54	18	11.1	27	0	31	6.5	26	0
55-64	4	0	15	13.3	22	4.5	7	0
I alt	113	34.5	249	23.3	154	29.2	164	20.7
Nuuk	82	41.5	183	24.6	127	30.7	135	23.0
Qasigiannuit	31	16.1	66	19.7	27	22.2	29	10.3

Både i denne undersøgelse og Sundhedsprofilundersøgelsen er der flere mænd end kvinder, der ryger hash. (Mantel-Haenszel vægtet odds ratio med stratifikation for aldersgrupper: Denne undersøgelse OR 1,74 $p=0,01$. Sundhedsprofilundersøgelsen OR 2,10 $p=0,01$).

Odds Ratio for sammenligning mellem hashrygere i denne undersøgelse og Sundhedsprofilundersøgelsen, hvert køn for sig, stratificeret for alder, viser kun insignifikante forskelle ($p>0,10$).

Andelen af hashrygere er i denne undersøgelse næsten $2\frac{1}{2}$ gange større blandt mænd i Nuuk end i Qasigiannuit ($p=0,02$), mens kun insignifikant flere kvinder i Nuuk end i Qasigiannuit var hashrygere. Andelen af hashrygere var størst blandt unge.

Der er et betydeligt sammenfald mellem alkoholproblemer og hashrygning. Blandt dem, der havde et problematisk drikkemønster, havde 51% røget hash mere end blot nogle få gange, mens det gjaldt for 23% af dem uden alkoholproblemer. Blandt dem, der aldrig eller kun få gange havde røget hash, havde 15% alkoholproblemer, mens 36% af dem, der var hashrygere også havde alkoholproblemer.

Hvorledes håndteres misbrugsproblemer af lægerne? At de i alt 62 patienter, som ifølge spørgeskema besvarelserne havde alkoholproblemer i form af rusdrikkeri eller storforbrug af alkohol eller begge dele, fik én ordineret antabus og én et beroligende middel, mens én patient blev indlagt på psykiatrisk afdeling. Yderligere én patient, som ikke havde angivet alkoholproblemer ved besvarelsen af spørgeskemaet, fik ordineret antabus. Det skal understreges, at patienterne ikke selv præsenterede sig med alkoholproblemer. De har formentlig ikke selv opfattet deres alkohol- eller hashforbrug som værende af betydning for deres helbredstilstand, men lægerne har heller ikke sat fokus på det.

Konklusion vedrørende misbrugsproblemer

Alkoholforbrug og drikkemønster viser ikke større forskelle mellem patienterne og almenbefolkningen, som det fremgår af sammenligninger mellem oplysningerne fra denne undersøgelse og Sundhedsprofilundersøgelsen. En række helbredsmaessige og psykosociale problemer var hyppigere forekommende hos dem, der havde et problematisk drikkemønster: Det gælder helbredsproblemer generelt, det at være kommet til skade eller have skadet andre ved uheld, haft svært ved at møde på arbejde og manglet penge. Skænderi i familien var meget udbredt, både blandt rusdrikkere (25%) og blandt dem, der hverken selv var rusdrikkere eller storforbrugere (12%). Mere end halvdelen af patienterne, flest unge, havde af og til eller ofte oplevet alkoholproblemer i barndomshjemmet. De, der havde oplevet alkoholproblemer i barndomshjemmet, havde oftere end andre selv misbrugsproblemer. Således havde flere af dem været stærkt berusede inden for den sidste måned, ligesom skænderier i familien var hyppigere blandt dem med sådanne barndomsoplevelser. 55% angav alkoholproblemer i nærmeste familie og/eller hos sig selv, og selv om de, der havde børn, sjældnere selv oplyste at have alkoholproblemer, var der ingen tendens til at de, der havde hjemmeboende børn, oplevede færre alkoholproblemer i den nærmeste familie end dem uden børn.

Hashrygning var udbredt. Blandt unge mænd havde næsten 2/3 røget hash mere end blot nogle få gange. Der var flest mænd, flest unge og flest fra Nuuk, der

havde røget hash mere end nogle få gange. Der er betydeligt sammenfald mellem hashrygning og alkoholproblemer.

Kun i ganske ringe omfang registreres misbrugsproblemer ved konsultationen, og det er undtagelsen at iværksætte behandling, der tager sigte herpå.

9. SCAN undersøgelsen

Som beskrevet i afsnittet om undersøgelsens design er undersøgelsen delt op i to faser. Indtil dette afsnit har rapporten udelukkende handlet om fase 1, der omfatter alle undersøgelsens deltagere. Den bygger på data fra de to skemaer, som deltagerne har udfyldt samt det skema, lægerne har udfyldt.

Fase 2 består i et udførligt psykiatrisk interview, Present State Examination, 10. udgave (PSE-10), fra WHO's undersøgelsesprogram SCAN (WHO 1992). Interviewsvarene registreres, således at et computerprogram ud fra svarene kan udarbejde diagnoser, der opfylder kriterierne i WHO's International Classification of Diseases, 10. udgave, ICD-10 (WHO 1994). Interviewene blev udført af cand.psyk. Amalia Lyng Pedersen (ALP), som i det følgende refererer sine overvejelser vedrørende sproglige formuleringer etc.

”Med udgangspunkt i WHO's Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (version 2.1) blev der udarbejdet grønlandske formuleringer af spørgsmålene som støtte til interviewene. Disse blev udarbejdet af ALP efter gennemførelse af instruktion og træningskursus til anvendelse af SCAN Present State Examination ved WHO training center i Århus.

SCAN interviewene forgik først på lægeklinikken, Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk, og dernæst lægekonsultationen, Qasigiannnguit sygehus. De første interview blev udført skiftevis af projektleder (IL) og ALP, mens den anden part iagttog disse. De senere interview blev alle udført af ALP alene. Interviewene forgik oftest på grønlandsk, men enkelte, ikke grønlandsktalende deltagere blev interviewet på dansk. Interviewene varede mellem ½ og 1½ time og fandt sted i et konsultationsrum.

Generelt var deltagerne meget villige til at svare på spørgsmålene. De fleste personer, der blev interviewet, var øjensynligt personer, som havde meget brug for at snakke med nogen om deres inderste følelser og fysiske lidelser/symptomer. De havde brug for at blive hørt, at blive rummet af en anden person, og nogle havde sågar forventninger om at blive rådgivet eller hjulpet ud af deres “lidelser”.

Mange gav efterfølgende udtryk for, at det var meget overvældende med de mange spørgsmål om følelser, tanker og handlinger, som var mere direkte, end de var vant til, men at det også var en befrielse at snakke om disse. Nogle følte

sig lettede over at finde ud af, at de ikke var de eneste mennesker, som gik rundt med ubehagelige følelser som selvmordstanker, ængstelser m.v., som de ikke til daglig satte ord på. Der var dog også nogle, som var flove over deres ærlige svar, specielt omkring selvmordstanker, alkohol- og til dels hashforbrug, ligesom nogle blev lidt flove over at snakke om sex. Endelig var der nogle, som blev kedede af det i erkendelse af, hvor problemfyldte deres liv egentlig var.

I forbindelse med udarbejdelsen af grønlandske formuleringer af spørgsmålene, var der nogle oversættelsesmæssige problemer. En række af de lægefaglige termer, så som autonome nervesystem, dissociativ, bulimi, anoreksi, fobi med flere findes ikke direkte i det grønlandske sprog. De enkelte spørgsmål til deltagerne indeholdt dog sjældent egentlige medicinske termer og kunne ofte oversættes direkte. Nogle faste vendinger med en indforstået mening i det danske sprog, såsom "sommerfugle i maven", "brændende fornemmelse", "kold sved" med flere kunne dog ikke oversættes direkte, idet ordene ville blive forstået konkret på grønlandsk og dermed misforstået. Her måtte man så forsøge at forklare sammenhængen for at undgå misforståelser.

Et andet problem er, at mange grønlandske ord kan have flere betydninger og faktisk helt forskellige betydninger, afhængigt af den sammenhæng de står i. Der findes som nævnt ikke et bestemt ord for "fobi" på grønlandsk. Ofte anvendes ordet "sapigaqarneq". Item 4.002 "Some people have phobias blev oversat til "Inuit ilaat sapigaqartarput". "Sapigaqarpit?" anvendes ofte i daglig tale i betydningen "Er der noget du ikke kan tåle?". Det kan for eksempel anvendes til at udtrykke, at man ikke kan tåle madvarer, medicin eller andet. Det kan endda anvendes i betydningen "allergi" over for et eller andet. Når deltagerne udtrykte, at de ikke kunne tåle ("sapigaqarneq") eksempelvis at være blandt mange mennesker eller at køre bus, eller at være alene, var der sædvanligvis ingen tvivl om, at det var fobier, man snakkede om. Så selv om der ikke findes et bestemt ord for fobi på grønlandsk, kan man alligevel godt finde ud af, om en patient har fobier eller ej.

Ikke alene kan ordene betyde forskellige ting, afhængigt af den sammenhæng de står i, men også afhængigt af, hvilken person, man taler med. Der er en række dialekter i Grønland. For eksempel "at stå", som både kan hedde "nikorfaneq" og "qevarneq". Sidstnævnte kan i Nordgrønland også betyde "at blive konfirmeret". Ligeledes findes der flere ord for at være beruset eller fuld, hvoraf blot to nævnes, nemlig "putumaneq" og "aalakorneq". Som interviewer er det således vigtigt at være opmærksom på såvel den sammenhæng, som ordene blev sagt i, som hvilken dialekt, den interviewede talte.

Sammenhængen var for både interviewer og den interviewede fastlagt af de overordnede temaer i SCAN, så som "somatoforme og dissociative symptomer" (afsnit 2), og "panikangst og fobi" (afsnit 4). Hertil kom rækken af undersøgsmål inden for de forskellige afsnit af SCAN, som kunne belyse uklarhederne tilfredsstillende.

Så på trods af vanskeligheder med at oversætte og anvende SCAN med de førnævnte sproglige problemer var der imidlertid ikke nogen væsentlige misforståelser og heller ikke nogen større problemer med at rate personerne ud fra deres svar".

Af ressourcemæssige grunde var det ikke muligt at interviewe alle 376 undersøgelsesdeltagere. For at få så mange af patienterne med psykisk lidelse som muligt med i interviewdelen af undersøgelsen, blev deltagerne udvalgt på grundlag af resultatet af screeningen med GHQ-12. Det blev tilstræbt, at alle med GHQ > 4 points, ca. halvdelen af dem med GHQ >0 og < 4 og 1/5 af dem med GHQ = 0 skulle undersøges. Af praktiske grunde (interviewerens afrejse) kunne de sidste ni med score over 4 dog ikke tilbydes interview. Desuden var der et meget stort frafald blandt de til fase 2 udvalgte deltagere. En del afslog, andre udeblev efter at have indgået aftale om interview. Det var lidt oftere mænd, der afslog deltagelse, mens frafaldet var nogenlunde lige stort blandt høj- og lavscorere, tabel 9.1).

Tabel 9.1 Antal SCAN interviewede i relation til resultatet af GHQ.

Resultat af GHQ-12	Deltagere fase 1	Udvalgt til SCAN	Deltagere i fase 2, SCAN ^{*)}	% af mulige	Heraf ICD-10 diagnose	% af undersøgte i fase 2
0	120	24	9	38	1	11
1-3	128	66	37	56	18	49
4+	128	119	54	45	42	78
I alt	376	201	100	50	61	61

^{*)} Sammenligning mellem frafaldet blandt lav-, middel- og højskorere ved GHQ: $\chi^2 = 3.1$, 2 df, $p = 0.2$ (n.s.).

I bilag 2 er beskrevet en model for bedømmelse af screeningsmetoders anvendelighed, i dette tilfælde til at finde patienter med høj risiko for at have en psykisk lidelse/forstyrrelse. Som eksempel på screeningsredskab er anvendt GHQ-12, men også lægens vurdering af, om patienten har en psykisk forstyrrelse og

patientens egne angivelser af psykiske problemer den sidste måned er former for screening. I det følgende er den i bilag 2 beskrevne model anvendt.

En sammenligning af resultatet af SCAN med lægens bedømmelse af eventuel tilstedeværende psykisk forstyrrelse fremgår af tabel 9.2.

Tabel 9.2 Tilstedeværende psykiatrisk forstyrrelse hos de patienter, der deltog i SCAN interviewet. Lægens vurdering fordelt på SCAN status. N=100.

	Resultat af SCAN interview		
	Psykiatrisk diagnose		n=100
	n=61	Ingen diagnose n=39	
Lægens vurdering	56	37	93
Moderat til svær forstyrrelse	8	1	9
Let, men klinisk signifikant	3	1	4
Subklinisk forstyrrelse	12	4	16
Ingen forstyrrelse	33	31	64
Lægen kender ikke patienten	5	2	7

Af de 61 patienter, der fik en psykiatrisk diagnose ved SCAN, tog lægerne stilling til de 56. Lægerne vurderede, at 11 af dem eller 20% havde en klinisk signifikant psykisk forstyrrelse og 12 (21%) havde en subklinisk forstyrrelse. Blandt dem, der ikke fik en diagnose ved SCAN, fandt lægen, at to eller 5% havde en klinisk signifikant forstyrrelse. Blandt de 64 patienter, lægen ikke mente havde en psykisk forstyrrelse hverken klinisk signifikant eller subklinisk, fik 33 eller 56% en psykiatrisk diagnose ved SCAN. Med andre ord, næsten alle de patienter, lægerne bedømte til at have en psykisk forstyrrelse, fik dette bekræftet ved SCAN undersøgelsen. Til gengæld overså lægen mange tilfælde.

På samme måde er patientens angivelse af psykiske problemer sidste måned sammenlignet med resultatet af SCAN.

Tabel 9.3 Patientens angivelser af psykiske problemer sidste måned overfor resultatet af SCAN interview.

Patientens rating		Resultat af SCAN interview	
		Psykiatrisk diagnose n=59	Ingen diagnose n=38
Psykiske problemer sidste måned	virkelig meget	14	1
	en hel del	12	1
	lidt	25	14
	slet ikke	8	22

Blandt dem, der fik en ICD-10 diagnose, havde 26 eller 44% angivet "en hel del" eller "virkelig meget" psykiske problemer sidste måned imod to eller 5% af dem, der ingen psykiatrisk diagnose fik. Omvendt fik 93% af dem, der havde "en hel del" eller "virkelig meget" psykiske problemer den sidste måned, en ICD-10 diagnose ved SCAN undersøgelsen, mens det samme var tilfældet for 48% af dem, der kun havde lidt eller ingen psykiske problemer sidste måned. Af dem, der slet ikke havde haft psykiske problemer sidste måned, fik otte eller 26% en psykiatrisk diagnose. I tabel 9.4 er lægens og patientens evne til at screene for psykisk lidelse/forstyrrelse sammenlignet, ligesom resultatet af screeningen med GHQ-12 er anført nederst i tabellen.

Tabel 9.4 Screeningsmodellen anvendt på lægens udsagn om psykisk forstyrrelse og patientens om psykiske problemer sidste måned, samt resultatet af General Health Questionnaire.

	Sensitivitet	Specificitet	Positiv Præ-diktiv værdi	Negativ Præ-diktiv værdi
Lægen:				
Klinisk forstyrrelse	20%	95%	85%	44%
Patienten:				
Psykiske problemer	44%	95%	93%	52%
Resultatet af GHQ-12 2+	90%	38%	70%	71%

Sensitiviteten er et mål for screeningens følsomhed i bedømmelsen (Hvor mange af de syge finder man?). Specificiteten er et mål for præcisionen i bedømmelsen (Hvor mange af de raske bliver korrekt bedømt raske?). Den positive prædiktive værdi er mål for sandsynligheden af at den, der er fundet syg ved screeningen, også er det, mens den negative prædiktive værdi er et mål for

sandsynligheden for, at den, der er fundet rask ved screeningen, også er det. Se i øvrigt bilag 2.

44% af dem, der fik en psykiatrisk diagnose, havde selv angivet psykiske problemer, men kun 20% havde ifølge lægen en klinisk signifikant psykisk forstyrrelse. Sensitiviteten var langt højere for GHQ-12 screeningen, idet 90% af dem, der fik en psykiatrisk diagnose, havde GHQ værdier på 2 points eller mere. Men specificiteten var lavere end lægens og patientens, idet kun 38% af dem, der ikke fik en psykiatrisk diagnose, også havde GHQ værdier under 2. Med andre ord, der var 62% 'falsk positive'. Derimod havde både patienternes og lægernes angivelser høj specificitet: 95% af dem, der ikke fik en psykiatrisk diagnose, angav heller ikke selv psykiske problemer, og 95% af dem havde ifølge lægen ingen psykisk forstyrrelse. Også med hensyn til screeningens evne til at forudsige en psykisk forstyrrelse (den prædiktive værdi) var der forskelle, som det fremgår af de to sidste kolonner i tabellen.

En sammenligning mellem de tre forskellige screeninger, lægens udsagn, patientens udsagn og GHQ-12 viser således, at hvis formålet med screeningen er at finde så mange patienter med psykisk lidelse som muligt, uanset om man dermed også får mange falsk positive, er GHQ-12 den mest egnede. Hvis man derimod vil undgå de falsk positive, så er patientens og lægens udsagn de bedste. En sammenligning af patientens udsagn med lægens bedømmelse falder på de fleste måder ud til fordel for patienten og bør vel munde ud i en opfordring til lægerne om at lytte godt til patienten og stille de forløsende spørgsmål til afdekning af de psykiske symptomer.

I den i indledningen omtalte skandinaviske undersøgelse (Munk-Jørgensen et al. 1997) havde lægerne en sensitivitet for klinisk signifikant psykiatrisk forstyrrelse på 44%, mens specificiteten var 86%. Forfatterne vurderer dog sensitiviteten som værende høj sammenlignet med en gennemsnitssituation, idet ikke alle praktiserende læger i området deltog i undersøgelsen, hvorfor man måtte formode, at de deltagende har været særligt interesserede i emnet, lige som de må antages at have gjort sig "særlig umage" i testsituationen. Man måtte også forvente, at patienter, som lige havde udfyldt et spørgeskema vedrørende psykologiske problemer, var blevet mere tilbøjelige til at præsentere deres psykiske klager for lægen.

Nu er de psykiske forstyrrelser en broget gruppe. Det nugældende diagnostiske system, ICD-10, er meget fintmærkende, således at det, at interviewet har uløst en diagnose, ikke er det samme, som at patienten har behov for psykiatrisk

behandling. Som det vil fremgå af beskrivelsen af de enkelte diagnoser, rummer de et bredt spektrum af forstyrrelser, lige fra en fobi, der kun giver sig til kende ved frygt for at kigge ned i afgrunde til svært invaliderende angst for overhovedet at forlade hjemmet. De lette fobier betragtes hverken af patient eller omgivelser som noget sygeligt, endsige en årsag til at søge læge. Men set under ét udgør gruppen, der får en diagnose, en gruppe med svækkede psykiske funktioner, som begrænser og præger deres tilværelse.

Det er derfor ikke overraskende, at patientens angivelse af tilstedeværende psykiske problemer i højere grad end lægens vurdering af tilstedeværende klinisk signifikant forstyrrelse var i overensstemmelse med resultatet af SCAN, med andre ord, at patientens udsagn havde højere sensitivitet.

De psykiatriske diagnoser

De diagnoser, som blev resultatet af de psykiatriske interview fra SCAN, fremgår af tabel 9.5. Ved prævalens forstår vi forekomsten af de pågældende sygdomme på undersøgelsestidspunktet.

Tabel 9.5 Prævalens af psykiatriske ICD-10 diagnoser ved SCAN undersøgelsen^{*)}.

Diagnose	Prævalens	
	Estimeret %	(95% c.i.)
Depression (F32)	7,0	(3,4 – 13,9)
Dysthymi (F34)	16,2	(10,2 – 24,8)
Angst, total	23,2	(16,0 – 32,5)
Fobier (F40)	17,7	(11,4 – 26,5)
Generaliseret angst(F41.1, F41.9)	5,5	(2,4 – 12,1)
Panikangst (F41.0)	0,6	(0,1 – 7,0)
Somatoform forstyrrelse (F44.7, F45, F48)	22,3	(15,2 – 31,5)
Stofmisbrug (F10-F19)	3,8	(1,4 – 10,0)
Andre forstyrrelser (F42, F43, F51.4)	13,0	(7,7 – 21,1)
Mindst én ICD-10 diagnose	49,3	(39,7 – 59,0)

^{*)} Data er vægtede Beregningsmåde: se bilag 3.

Før udregning af prævalenstal er der sket en vægtning af materialet for at tage højde for, at der blev interviewet relativt flere patienter med høje GHQ-12 scores. Beregningerne er vist i bilag 3. Ved bedømmelse af resultaterne må man huske, at beregningerne bygger på små tal og dermed en betydelig usikkerhed. Denne usikkerhed kommer til udtryk i de viste sikkerhedsgrænser, som betyder,

at det, man kan betragte som det "sande" resultat, med 95% sandsynlighed ligger inden for disse værdier.

Tabel 9.6 viser prævalenstal for hovedgrupper af diagnoser fordelt på mænd og kvinder og på aldersgrupper. Der er langt flere yngre kvinder end yngre mænd, der har fået en psykiatrisk diagnose. Ser vi på de enkelte diagnoser, er det i grupperne dysthymi og somatoform forstyrrelse, de unge kvinder har overvægt.

Tabel 9.6 SCAN undersøgelsen. Psykiatriske diagnoser, fordelt på alder og køn. Data er vægtede, så de repræsenterer hele undersøgelsespopulationen¹⁾.

	ICD-10 diagnose	Depression (F32)	Dysthymi mv. (F34.1 og F34.9)	Angst (F40 og F41)	Somatoform forstyrrelse (F44,7, F45, F48)
Mænd					
gennemsnitsalder ^{*)}	39,3	38	45	37,3	43,3
	%	%	%	%	%
18-34 år	22,9	7,2	0	7,8	7,8
35-64 år	54,0	4,9	10,2	15,5	20,8
Alle	41,4	5,8	6,1	12,4	15,6
Kvinder					
gennemsnitsalder ^{*)}	38,1	43,9	37,3	39,1	36
	%	%	%	%	%
18-34 år	51,7	4,4	28,9	15,0	27,0
35-64 år	51,3	9,1	12,8	33,1	22,5
Alle	51,5	7,3	19,0	26,2	24,2
Mantel-Haenszel χ^2	5,89				
p ^{**)}	0,02	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

¹⁾ beregningsmåde: se bilag 3.

^{*)} Gennemsnitsalder for hele undersøgelsespopulationen: Mænd 36,2 år Kvinder 38,4 år.

^{**)} n.s.: p>0,10.

Beskrivelse af de enkelte diagnoser

Affektive lidelser. Af de 100 SCAN interviewede fik 29 en diagnose inden for det depressive spektrum. Heraf fire depressiv enkeltepisode af lettere grad, fem af moderat grad og to af svær grad, den ene med psykotiske symptomer. 20 fik diagnosen dysthymi. *Dysthymi* eller kronisk forstemningstilstand er en relativt

ny diagnose, som blev indført i dansk psykiatri i 1994 ved den seneste revision af WHO's internationale klassifikation. Dysthymi er defineret som en subklinisk, affektiv lidelse hos et bredt spektrum af patienter med fluktuerende, intermitterende eller kronisk let depression. Både i amerikanske og europæiske undersøgelser er det en af de mest almindelige tilstande i medicinsk praksis. Patienterne konsulterer ofte med forskellige klager, dårligt definerede tilstande, træthed, sløvhed mm. På den ene side kan der være tale om forstadier til depression eller permanent subkliniske depressioner. På den anden side ses dysthymi også kombineret med interpersonelle problemer, social fobi, stofmisbrug og suicidal adfærd (Akiskal 1994). Som diagnosen er afgrænset nu, er der således ikke tale om en veldefineret sygdomstilstand.

I vægtede prævalenstal (jfr. bilag 3) fik 6% af mændene og 19% af kvinderne diagnosen dysthymi eller kronisk forstemning. Ser vi på de enkelte tilfælde, så fik de fem af de i alt 20 patienter udelukkende en dysthymidiagnose, mens ni også fik diagnosen angst og to alkoholmisbrug. 10 havde tegn på en somatiseringsforstyrrelse og tre havde svære søvnforstyrrelser. Altså alt i alt et broget billede.

Angstforstyrrelser omfatter fobier, generaliseret angstforstyrrelse og panikangst. I alt 31 patienter fik en angstdiagnose. Heraf udgjorde fobi hovedparten, overvejende enkeltfobi eller uspecificeret fobi. De resterende havde generaliseret angstforstyrrelse. Der var ét tilfælde af moderat panikangst hos en kvinde, som også fik diagnoserne uspecificeret fobi og somatisering.

Somatiseringsforstyrrelser omfatter de egentlig somatoforme tilstande med vedblivende klager over somatiske symptomer, som ikke kan forklares ved tilstedeværende somatisk sygdom. Symptomerne kan henføres til alle dele af kroppen og et hvilket som helst organsystem. Der kan være hypokondri med vedvarende optagethed af muligheden af at have en eller flere alvorlige fysiske sygdomme. Til diagnosen somatiseringsforstyrrelser hører også neurasteni og dissociative tilstande – tab af den normale integration mellem erindring, identitetsbevidsthed, umiddelbare sanseoplevelser og beherskelse af den legemlige motorik. De dissociative tilstande blev tidligere betegnet (konversions)hysteri.

I alt 32 patienter fik en diagnose i gruppen af somatiseringsforstyrrelse. For de 22 drejede det sig om en egentlig somatoform tilstand, først og fremmest somatoform, autonom dysfunktion, ofte med symptomer fra flere organsystemer "nervøs mave", "nervøst hjerte", hyperventilation etc. Derimod var der ingen med vedvarende somatoform smertetilstand. Kun to af patienterne opfyldte de

fulde kriterier for kronisk somatiseringstilstand med varighed > 2 år af multiple vekslende somatiske symptomer, som ikke kan forklares ved påviselig fysisk sygdom. Ni patienter havde desuden neurasteni og tre blandet dissociative tilstande. To patienter fik diagnosen hypokondri, mens fem med symptomer på hypokondri også havde affektive symptomer, hvorved en selvstændig hypokondridiagnose bortfalder.

Stofmisbrug. Syv patienter fik en diagnose af stofmisbrug, heraf én hash, de øvrige alkohol. Det svarer til en prævalens for hele populationen på 3,8%. Det var udelukkende kvinder, der fik en misbrugsdiagnose. Vi har ingen forklaring på, hvorfor ingen mænd fik en misbrugsdiagnose. Imidlertid indgik kun 20 mænd i undersøgelsens fase 2, så det kan bero på en tilfældighed. Det er også en mulighed, at interviewpersoner har nedtonet deres alkoholforbrug. Endelig er de kriterier, der anvendes for at stille en misbrugsdiagnose i WHO's diagnosesystem så bastante, at kun tilfælde med påviselige alvorlige skader på helbredet er omfattet af diagnosen.

Tabel 9.7 viser en oversigt over resultaterne af SCAN sammenholdt med lægens og patientens vurdering af en række forhold. Nederst i tabellen ses de selvrapporterede spørgeskemaer vedrørende sårbarhed og somatisering. Data er vægtede, så tallene så vidt muligt er repræsentative for hele undersøgelsespopulationen. Det fremgår, at Whiteley-7 somatiseringsskalaen klarer sig dårligst til at screene for ICD-10 somatiseringsforstyrrelser. Derimod fungerer GHQ-12 godt til screening både for en psykiatrisk diagnose overhovedet og for en somatiseringsdiagnose.

Tabel 9.7 Resultatet af SCAN sammenholdt med andre mål for psykisk forstyrrelse. Lægens vurdering af somatisering m.v. samt patientens angivelse af psykiske problemer sammenholdt med resultater af SCAN. Vægtede data.

	Deltagerne i fase 2 n=100	Somatiserings- forstyrrelse n=22	p ^{*)}	Alle med ICD-10 diagnose n=49	Ingen ICD-10 diagnose n=51	p ^{**)}
Andel hvor psyko- sociale problemer skønnes af betyd- ning	20%	27%	n.s.	33%	8%	0,002
Andel, hvor årsagen til konsultationen er somatisering?	16%	32%	0,02	27%	6%	0,006
Andel hypokondert optagne patienter	28%	50%	0,01	37%	20%	0,06
Andel, hvor hen- vendelsen efter læ- gens vurdering skyldes psykisk li- delse	11%	18%	n.s.	18%	4%	0,02
Andel med tilstede- værende psykisk forstyrrelse efter lægens vurdering, uanset årsag til hen- vendelsen	11%	20%	n.s.	20%	2%	0,005
Psykiske problemer ifølge patienten	19%	44%	0,000	35%	2%	0,000
GHQ-12, 2+	51%	91%	0,000	71%	31%	0,000
Whiteley index 1+	30%	35%	n.s.	38%	21%	0,07
Somatisering 3+	29%	57%	0,001	51%	8%	0,000

^{*)} χ^2 sammenligning mellem dem med og uden en ICD-10 somatiseringsforstyrrelse.

^{**)} χ^2 sammenligning mellem dem med og uden en ICD-10 psykiatrisk diagnose n.s.: p>0,10.

I den følgende tabel er anvendt uvægtede tal fra SCAN undersøgelsen til at analysere lægernes og patienternes oplysninger om tilstedeværende psykisk forstyrrelse/psykiske problemer opdelt på de vigtigste diagnosegrupper. Her er

formålet at finde ud af, i hvilket omfang de enkelte diagnoser registreres af lægen og patienten, hvorfor en vægning ville sløre billedet.

Tabel 9.8 De psykiatriske diagnoser og lægens hhv. patientens registrering af dem.

	Alle ^{**} n=93	ICD-10 diagnose		Depres- sion n=11 %	Dysthy- mi n=20 %	Angst n=31 %	Somati- serings- forstyrrelse n=32 %	Øvrige diag- noser n=6
		Nej n=37 %	Ja n=56 %					
Klinisk signifi- kant psykisk for- styrrelse ifølge lægen	14	5	20	30	22	17	24	0
Psykiske pro- blemer sidste måned ifølge pa- tienten	29	5	44	73	50	52	47	1

^{**}) uoplyst: n=7.

^{*}) alkoholmisbrug, svære søvnforstyrrelser eller reaktion på svær belastning, men hverken diagnoserne depression, dysthymi, angst eller somatiseringsforstyrrelse.

Mange patienter fik flere diagnoser, for eksempel både en diagnose i gruppen angst (fobi, generaliseret angst og panikangst) og depression og eventuelt svær søvnforstyrrelse, som er en selvstændig diagnose i ICD-10. Derfor er det samlede antal højere end 61. "Øvrige diagnoser" i kolonnen yderst til højre omfatter alene stofmisbrug, reaktion på svær belastning eller svære søvnforstyrrelser. Gruppen "øvrige diagnoser" består kun af seks patienter, og kun én af dem, en kvinde med diagnosen alkoholmisbrug, havde angivet psykiske problemer.

Lægerne blev ikke anmodet om at stille diagnoser, kun tage stilling til, om der var en klinisk signifikant psykisk forstyrrelse eller en subklinisk forstyrrelse. Alt i alt fandt lægerne, at en femtedel af dem, der fik en psykiatrisk diagnose, havde en klinisk signifikant forstyrrelse. Ser vi på de enkelte diagnosegrupper, identificerede lægerne færrest blandt dem med angstforstyrrelser (17%) og flest af depressionerne (30%). Med andre ord, 70% af patienter med depression forblev uidentificerede, og endda fremgår det ikke af undersøgelsen, hvor mange af de 30%, som lægen anså havde en klinisk signifikant psykisk lidelse, der fik stillet diagnosen depression i konsultationen. 73% af patienterne med en de-

pressionsdiagnose angav psykiske problemer sidste måned. Det samme var tilfældet for godt halvdelen af patienterne med angstforstyrrelser.

Konklusion vedrørende resultatet af de psykiatriske interviews

Næsten halvdelen af alle patienterne fik en psykiatrisk ICD-10 diagnose ved det psykiatriske interview. Det svarer til det højeste niveau i den i indledningen omtalte WHO undersøgelse fra 14 lande, mens den skandinaviske multicenterundersøgelse lå mellem 14% og 34%. Den i indledningen refererede undersøgelse af inuitbefolkningen i en bygd i arktisk Canada viste samme høje forekomst af psykiske forstyrrelser, men en direkte sammenligning mellem de to undersøgelser er ikke mulig. Dels omfattede den canadiske undersøgelse ikke blot lægesøgende, men hele befolkningen, dels er de anvendte undersøgelsesinstrumenter forskellige.

I hvert fald to forhold gør, at resultatet må tages med et vist forbehold. Det drejer sig om små tal og tilsvarende brede sikkerhedsintervaller for prævalenstallene. Også usikkerhed med hensyn til hvor repræsentativ undersøgelsespopulationen er i forhold til alle lægesøgende i samme alder gør, at forekomsten af psykiske lidelser kan være både højere og lavere end de her angivne procenter. Men repræsentativitetsproblemet påvirker ikke sammenligningerne mellem gruppen med og uden psykiatrisk diagnose og således heller ikke lægernes meget lave identifikation af psykiske lidelser hos patienterne og dermed manglende adækvat behandling. Selv om patienternes egne oplysninger om psykiske problemer sidste måned giver et bedre varsko om en psykisk forstyrrelse, så var de dog kun overensstemmende i under halvdelen af tilfældene. Sammenholdt med det høje antal positive svar på konkrete spørgsmål om psykiske symptomer kan det tyde på, at mange ikke forbinder deres klager med en psykisk sygdom og derfor heller ikke søger hjælp herfor.

Særligt udsatte grupper

I undersøgelsen af, hvilke grupper der er særligt udsatte for at få en psykiatrisk diagnose, fandtes følgende variable af interesse:

Køn: overvægt af kvinder

Alder: overvægt af ældre mænd i forhold til yngre, men ingen aldersforskel blandt kvinder

Sprog: overvægt blandt dem, der havde valgt grønlandsk som skemasprog.

Uddannelse: overvægt af dem, der ikke havde en erhvervsuddannelse.

Opvækstforhold: overvægt blandt dem, der ofte havde oplevet alkoholproblemer i opvæksthjemmet.

Alle disse forhold vil blive inddraget i analyserne. Imidlertid giver variabelen 'valg af skemasprog' anledning til særlige overvejelser, som behandles først. Kan forskellene forklares ved rent sproglige misforståelser? Kan der være en kulturelt betinget forskel i tilbøjeligheden til at svare bekræftende på spørgsmålene? Eller er der tale om en reel forskel i de to gruppers psykiske helbred? En analyse af forskellige typer af variable relateret til det anvendte skemasprog viser, at der for hovedparten af spørgsmål er flest positive besvarelser i gruppen med grønlandsk som skemasprog (tabel 9.9). Blandt dem, der har anvendt dansk som skemasprog, fik 25% således en psykiatrisk diagnose, mens det gjaldt 63%, af dem med grønlandsk som skemasprog. De eneste områder, hvor dem, der har anvendt dansk som skemasprog, har angivet flere problemer, er alkoholproblemer i barndomshjemmet og alkoholproblemer i nærmeste familie.

Ligesom i afsnittet om undersøgelsespopulationens sproglige og etniske forhold, side 26 indgår kun grønlændere i de følgende analyser. For mange af variablerne er der både alders- og kønsforskelle i besvarelserne. For ikke at få disse forskelle blandet sammen med forskelle, der stammer fra det anvendte skemasprog, er der i analyserne anvendt logistisk regression med kontrol for alder og køn.

Tabel 9.9 Andelen af patienter med psykiske problemer, målt ved forskellige metoder og fordelt på anvendt skemasprog.

Data stammer fra patientens egne oplysninger	Skemasprog grønlandsk, andel positive svar	Skemasprog dansk, andel positive svar	Alle	p ^{*)}
	n=211	n=129	n=340	
Kun grønlandere, n=340	%	%	%	
GHQ-12, 2+	56	47	52	0,08
Whiteley-7, 1+	39	29	35	0,05
SCL 12, psychosomatics 3+	38	13	28	<0,001
Psykiske problemer ifølge patienten	17	13	15	n.s.
Alkoholproblemer i barndomshjemmet				
ofte	15	13	14	n.s.
ofte eller af og til	51	62	55	0,08
Alkoholproblemer i nærmeste familie	34	56	42	<0,001
Ofte skænderi i familien	15	21	17	n.s.
Data stammer fra lægen				
Psykosociale problemer ifølge lægen	23	16	20	n.s.
Aktuel psykisk forstyrrelse ifølge lægen	12	7	10	n.s.
Somatiserende ifølge lægen	25	19	23	n.s.
Hypokonder ifølge lægen	36	21	29	0,02
Data stammer fra SCAN interview - vægtede data	n=60	n=37	n=97	
	%	%	%	
Mindst én ICD-10 diagnose	63	24	49	0,001
ICD-10 angst	32	11	24	0,02
ICD-10 depression	10	3	7	0,07
ICD-10 dysthymi	15	18	17	n.s.
ICD-10 somatiseringsforstyrrelse	23	18	21	n.s.
Mindst én af ovennævnte fire diagnoser	52	24	41	0,03

^{*)} logistisk regression med køn, alder og anvendt skemasprog som uafhængige variable. P værdi for anvendt skemasprog. n.s. p>0,10.

En vurdering af de viste forskelle på resultaterne hos de patienter, der valgte grønlandsk henholdsvis dansk som skemasprog, må tage udgangspunkt i, at data hidrører fra tre forskellige kilder:

Patienterne: De, der har anvendt grønlandsk skemasprog, beskriver sig hyppigere som sårbare målt ved de anvendte spørgeskemaer. I den forbindelse må det overvejes, om forskellene i patientens besvarelser kunne skyldes sproglige forhold, for eksempel forskellig opfattelse af mere abstrakte spørgsmål. Imidlertid synes forskellen mest udtalt, når det drejer sig om spørgsmål vedrørende konkrete symptomer, som i SCL-12. En anden mulighed er, om der kunne være en kulturelt betinget tendens til i højere grad at svare bekræftende på et direkte spørgsmål (som i så fald skulle have størst effekt hos de patienter, der har valgt grønlandsk som skemasprog). Men spørgsmål vedrørende alkoholproblemer i barndomshjemmet eller hos den nærmeste familie samt om skænderier i familien besvares hyppigere positivt hos dem, der har udfyldt skemaerne på dansk. Og for næsten alle spørgsmål er der uanset sproget en tendens til, at kvinderne hyppigere besvarer spørgsmålene bekræftende.

Lægerne: Lægen er ikke bekendt med hvilket sprog patienten har anvendt ved udfyldelsen af skemaerne, eller hvilke svar han eller hun har givet. Det er ikke registreret, om tolk medvirkede ved konsultationen. Tendensen blandt lægerne er, at de bedømmer flere af dem, der har udfyldt skemaerne på grønlandsk, som havende psykosociale problemer, aktuel psykisk forstyrrelse eller anser dem for somatiserende. Men forskellene er små og kun for spørgsmålet, om lægen anser patienten for hypokonder, er denne forskel signifikant.

Dobbeltsproget interviewer: De resultater, der beror på interview med dobbeltsproget psykolog, som har kunnet skifte mellem dansk og grønlandsk efter behov men i praksis næsten udelukkende anvendte grønlandsk, er udmøntet i de psykiatriske ICD-10 diagnoser. Det viser sig, at langt flere af dem, der har udfyldt skemaerne på grønlandsk, har fået mindst én sådan ICD-10 diagnose. Der er også signifikant flere med diagnosen angst eller depression i den gruppe.

Alt i alt må vi konkludere, at der er langt flere af de grønlændere, der har udfyldt skemaerne på grønlandsk, der har fået en psykiatrisk diagnose end af dem, der har udfyldt dem på dansk. De rapporterede også hyppigere om konkrete psykologiske og psykosomatiske symptomer. Men da det psykiatriske interview, og dermed også de psykiatriske diagnoser, er helt uafhængige af de selvudfyldte spørgeskemaer, kan forskellen ikke forklares som betinget heraf. Det må dreje sig om en reel forskel.

I en i indledningen omtalt artikel om kulturel forandring og psykisk helbred i Grønland (Bjerregaard & Curtis 2002) behandles data fra den grønlandske sundhedsprofilundersøgelse, som har interesse for denne undersøgelse. Blandt dem, der definerede sig selv som grønlændere, var 30% af mændene og 29% af kvinderne fuldt dobbeltsprogede, mens 7% af mændene og 2% af kvinderne kun beherskede dansk. En sammenligning mellem de fuldt dobbeltsprogede eller kun dansksprogede med dem, der var grønlandssprogede med ingen eller ufuldstændige danskkundskaber, viste, at de dobbeltsprogede og kun dansksprogede havde signifikant færre sårbare (svarende til GHQ 2+) end de grønlandssprogede med ringe eller ingen danskkundskaber. Forfatterne advarer imod at tolke disse fund som et rent sprogligt problem, idet danskkundskaber påvirker den socioøkonomiske situation. Personer med gode danskkundskaber kan skaffe sig bedre betalte jobs og således klare sig bedre i det moderne grønlandske samfund.

Som nævnt påvirker, foruden valg af skemasprog, også det, ikke at have gennemført en erhvervsuddannelse og det ofte at have oplevet alkoholproblemer i barndomshjemmet samt i mindre grad køn og alder, forekomsten af psykiatriske forstyrrelser. Der var relativt lige mange grønlandske deltagere fra Nuuk og Qasigiannuguit, der fik en psykiatrisk diagnose.

Inkludering af variablerne køn, alder, gennemført erhvervsuddannelse og alkoholproblemer i opvæksthjemmet i modellen for logistisk regression giver følgende resultat:

Tabel 9.10 Sammenhæng mellem psykiatrisk diagnose ved SCAN og skemasprog, erhvervsuddannelse, opvækst med alkoholproblemer. Resultat af binær logistisk regressionsanalyse med kontrol for alder og køn. Kun grønlændere. N=96.

Psykiatrisk diagnose ved SCAN	OR	95% c.i.	p
Skemasprog grønlandsk	4,3	1,5 – 12,4	0,007
Ofte alkoholproblemer i barndomshjem	15,9	1,5 – 163,3	0,02
Ikke gennemført erhvervsuddannelse	3,2	1,0 – 10,1	0,05

Hverken køn eller alder er signifikante. Med en Odds Ratio på 15,9 for at patienter, der ofte oplevede alkoholproblemer i barndomshjemmet, fik en psykiatrisk diagnose, er det den alvorligste risikofaktor for den enkelte. Imidlertid var det "kun" 14%, der var omfattet af denne risiko. 62% havde valgt grønlandsk som skemasprog. De havde en Odds Ratio på 4,3 for at få en psykiatrisk diag-

nose i forhold til dem, der havde valgt dansk. Også det ikke at have en erhvervsuddannelse øgede risikoen for at få en psykisk forstyrrelse. For de enkelte diagnoser er tallene for små til at kunne vise signifikante forskelle, bortset fra, at diagnosen depression er hyppigere hos dem, der ikke har gennemført en erhvervsuddannelse, end hos dem, der har.

Konklusion vedrørende psykiatriske diagnoser og særligt udsatte grupper

Den i forrige afsnit påviste høje forekomst af psykiatriske diagnoser ses først og fremmest blandt de grønlandske patienter, der valgte at udfylde skemaerne på grønlandsk, idet prævalensen blandt dem var 63%. Blandt dem, der havde valgt dansk som skemasprog, var prævalensen af ICD-10 diagnoser 24%, samme niveau som både i den tidligere omtalte skandinaviske undersøgelse og i gennemsnittet af WHO's internationale undersøgelser. Gruppen, der valgte grønlandsk som skemasprog, omfatter flere af dem, der ikke har en erhvervsuddannelse og færre med en mellem- eller lang videregående uddannelse, og må således antages at være en socioøkonomisk dårligere stillet gruppe. Det er dog vigtigt at understrege, at en dybere forståelse af sammenhængen mellem sproglig og social kompetence og psykiatrisk sygelighed kræver yderligere undersøgelser.

Uafhængigt af valget af skemasprog har det at vokse op i et hjem, hvor der ofte var alkoholproblemer, indebåret en meget stærkt forøget risiko for at få en psykiatrisk forstyrrelse.

10. Konklusioner og anbefalinger til udvikling af den primære sundhedstjeneste

Rapporten dokumenterer, at psykiske forstyrrelser er udbredte blandt patienter i den primære sundhedstjeneste. Men patienterne henvender sig helt overvejende med legemlige symptomer, og i mindre end 10% af tilfældene anser de, at psykisk besvær har andel i problemerne. Heller ikke lægerne vurderer ret mange henvendelser som betinget af psykiske forstyrrelser; alligevel er der for en tredjedel af patienternes vedkommende ikke overensstemmelse mellem lægens og patientens opfattelse af problemernes karakter.

Ser vi dernæst på spørgsmålet om tilstedeværende psykiske problemer uanset årsagen til henvendelsen, så har 14% af patienterne, langt flest kvinder, haft psykiske problemer den sidste måned. Lægerne vurderede, at 9% af alle patienter havde en klinisk signifikant psykisk forstyrrelse, men også her var der ringe overensstemmelse mellem lægens og patientens opfattelse af, hvem der havde en psykisk forstyrrelse eller psykiske problemer.

De psykiatriske diagnoser, der blev resultat af det psykiatriske interview, refererer til psykiske forstyrrelser af meget forskellig karakter og sværhedsgrad. Foruden direkte behandlingskrævende, som sværere depressioner og angsttilfælde og en del somatiseringsforstyrrelser, må nogle tilstande mere ses som udtryk for forstyrrelser, der hæmmer den enkeltes udfoldelse, og ofte påvirker tilværelsen for hele familien uden at være specifikt behandlingskrævende. Et af undersøgelsens fund, at risikoen for at få en psykiatrisk forstyrrelse er størst hos dem, der ikke behersker dansk og er uden erhvervsuddannelse, samt hos dem, der i opvæksten ofte har oplevet alkoholproblemer i hjemmet, peger klart på, at den enkeltes psykiske helbred må ses i sammenhæng med hans eller hendes livsvilkår. Den forebyggende indsats mod psykiske forstyrrelser er således et bredt samfundsanliggende; men det fritager ikke sundhedsvæsenet for at klarlægge og udføre sin andel af opgaverne.

En oprustning af den primære sundhedstjeneste må i konsekvens heraf fokusere på følgende:

Mål:

- Forbedret diagnosticering og behandling af de almindelige psykiske sygdomme, herunder depressioner, angstrelaterede tilstande og psykosomatiske forstyrrelser.
- En aktiv indsats i forebyggelse og behandling af alkoholmisbrug, ikke mindst over for børnefamilier og gravide.

Midler:

- Anlæggelse af et mere helheds- og familieorienteret syn på patienten ved tilrettelæggelse af undersøgelse og behandling. Hvilken sammenhæng er der mellem patientens problemer og hans livssituation? Kan vi udnytte familien som en ressource i patientbehandlingen? Hvordan påvirker familien patientens helbred? Er der behov for at involvere familien i behandlingen?
- Mere fokus på læge/patient kommunikationen – herunder styrkelse af tolkefunktionen, jfr. de forslag som er skitseret i Tine Curtis' afhandling om den tolkede konsultationssamtale: Det drejer sig blandt andet om bedre udnyttelse af mulighederne i selve konsultationen. Patienten må forbedre sig på, hvordan han vil beskrive de problemer, der har fået ham til at søge læge, og forsøge at gøre sig klart, hvad han forventer af lægen. Denne på sin side må øge opmærksomheden på den to-sprogede og to-kulturelle situation han arbejder i og opøve den nonverbale kommunikation. Endelig bør tolkens rolle som formidler og talsmand for patienten udvikles og afvejes mod rollen som medhjælp for lægen.
- Uddannelse af det danske sundhedspersonale i grønlandsk sprog og kultur og i anvendelse af tolk. Uddannelse af hele personalet i diagnostik og behandling af de almindelige psykiske sygdomme og i familieorienteret primær sundhedstjeneste. Herunder interventionsformer ved alkoholproblemer.
- Oplysning om psykiske sygdomme og deres forebyggelse og behandling.

11. Litteratur

Bjerregaard P. The 1993-94 Greenland Health Interview Survey: Design and Methods. Appendix in Bjerregaard P. & Young TK. The Circumpolar Inuit - health of a population in transition. København: Munksgaard, 1998.

Bjerregaard P, Bjerregaard B. Disease pattern in Upernavik in relation to housing conditions and social group. *Medd Grønland, Man & Society* 1985;8:1-18.

Bjerregaard P, Curtis T, Senderovitz F, Christensen U, Pars T. Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland. København: DIKEs Grønlandsskrifter 1995;4:1-155.

Bjerregaard P, Petersen HC, Lyng I, Senderovitz F. Sygdom og helbred i Grønland. København: DIKEs Grønlandsskrifter 1997;7:1-93.

Bjerregaard P, Curtis T. Cultural change and mental health in Greenland: the association of childhood conditions, language, and urbanization with mental health and suicidal thoughts among the Inuit of Greenland. *Social Science & Medicine* 2002;54:33-48.

Christensen U, Bjerregaard P, Curtis T. Sundhedsvæsenet i Grønland – befolkningens brug, tilfredshed og ønsker. *DIKEs Grønlandsskrifter* 1996;5:1-79.

Curtis T. Kommunikation mellem læge og patient i Grønland - en kvalitativ undersøgelse af interaktionen mellem parterne i den tolkede konsultations samtale. Thesis. København: SIFs Grønlandsskrifter 2001;12:1-175

Curtis T, Iburg KM, Bjerregaard P. Familie, børn og sundhed i Grønland. København: DIKEs Grønlandsskrifter 1997;9:1-65.

Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacological Bull* 1973;9:13-28.

Dunn G, Pickles A, Tansella M, Vázquez-Barquero JL. Two-phase epidemiological surveys in psychiatric research. *B J Psychiatry* 1999;174:95-100.

Eisenberg L. Mindlessness and brainlessness in psychiatry. *Br J Psychiatry* 1986;148:497-508.

Elsass P, Christensen HP, Falhof J, Hvolby A. Grønlanderes sygdoms- og sundhedsopfattelse. Ugeskr Læger 1994a;156:1794-1797.

Elsass P, Christensen HP, Falhof J, Hvolby A. Grønlanderes sygdoms- og sundhedsopfattelse. Ugeskr Læger 1994b;156:1800-1804.

Fink P, Jensen J, Borgquist L, Brevik JI, Dalgard OS, Sandager I, Engberg M et al. Psychiatric morbidity in primary public care. A Nordic multicentre investigation. Part I: method and prevalence of psychiatric morbidity. Acta Psychiatr Scand 1995;92:409-418.

Fink P, Ewald H, Jensen J, Sørensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jørgensen P. Screening for somatization and hypochondriasis in primary care and neurological in-patients: A seven-item scale for hypochondriasis and somatization. J Psychosom Research 1999;46:261-273.

Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-NELSON, 1988.

Goldberg DP, Bridges K. Somatic presentations of psychiatric illness in primary care settings. J Psychosom Res 1988;32:2:137-144.

Haggarty J, Cernovsky Z, Kermeen P, Merskey H. Psychiatric Disorders in an Arctic Community. Can J Psychiatry 2000;45:357-362.

Jensen A, Dybdahl P. Kontakt- og diagnosemønstret til sundhedsvæsenet i Sisimiut 1993-94. Nuna Med '94, 1995:148-151.

Kirmayer J, Robbins JM. Three Forms of Somatization in Primary Care. J Nerv Ment Dis 1991;179:647-655.

Munk-Jørgensen P, Fink P, Brevik JI, Dalgard OS, Engberg M, Hansson L et al. Psychiatric morbidity in primary public care. A Nordic multicentre investigation. Part II. Hidden morbidity and choice of treatment. Acta Psychiatr Scand 1997;95:6-12.

Pickels A, Dunn G, Vazques-Barquero JL. Screening for stratification in two-phase ('two-stage') epidemiological surveys. Stat methods Med Res 1995;4:73-89.

Üstün TB, Sartorius N., eds. *Mental Illness in General Care. An International Study*. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons, 1995.

Vendelboe M. Henvendelsesmønstret til lægeklinikken i Qeqertarsuaq. *Månedsskr Prakt Lægegerning* 2002;80:793-799.

WHO. *SCAN Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*. Geneva: World Health Organization, 1992.

WHO. *ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard, 1994.

12. Eqqikkaaneq/Resumé

Imaqarnerisiuineq tunngavilimmillu paasisat

Nalunaarusiaq manna Kalaallit Nunaanni peqqinnissakkut tunngaviummik sullissinermi napparsimasut tarnikkut peqqissusaannik, tamatumani aamma tarnikkut ajuutaannik, qanoq takutinneqartarnerannik kiisalu qanoq annertutigisumik nappaataasutut paasineqartarnerinik katsorsarneqartarnerannillu, misisuinermit angusanik nittarsaaniutaavoq.

Misissuinerup ilusilersugaanera peqataasullu

Misissuineq marlunnik immikkoortortaqarppoq. Immikkoortoq 1 tassaavoq apeqqutinut akiugassanut immersuiffissaq nakorsiarnermut pissutaasunik, maannakkut siornatigullu tarnikkut ajornartorsiuteqartarsimanermik, tarnikkut qajannaateqarnermik il. il. apeqqutitalik. Apeqqutit taakku peqataasunit tamanit akissuteqarfigineqarput. Aamma nakorsanit akissuteqarfigineqarput apeqqutit napparsimasup nakorsiarnernut pissutaasut, nakorsiarnernup qanoq pissarsivuisimamera, aammalumi napparsimasup tarnikkut peqqissusaa pillugu nakorsat paasisaat nalunaarneqarput. Taamatut misissuinermit peqataasut sisamararterutaannit amerlanerulaartut immikkoortoq 2-mi peqataapput, immikkoortoq taanna aaqqissuussamik tarnikkut pissutsinik apeqqaarissaarineruvoq, tanatumuuna paasisat tarnikkut pissutsit qanoq issusiannut paasinninnertut atorneqarsinnaalutik, WHO'p nunani tamalaani nappaatinik immikkoortitaareriaasaani ICD-10-mi nassuiarneqartutut.

Misissuinermit pineqarput 18-iniit 64-inut ukiullit, nappaateqarneq pissutigalugu ulluunerani nakorsiarsimasut illoqarfinni marluusuni, Nuummi Qasigiannuanilu, peqqinnissakkut tunngaviummik sullissinermi. Qaammammi, misisuinerup ingerlanneqarfiani, angutit tamarmiusut 15%-ii arnullu tamarmiusut 30%-ii minnerpaamik ataasiarlutik nakorsiarsimapput. Taakkunanga angutit 13%-ii arnullu 20%-ii, katillutik napparsimasut 376-it, misissuinerup immikkoortumi 1-imi peqataapput. Napparsimasut 100-t immikkoortoq 2-mi, tarnikkut pissutsit pillugit apeqqaarissaarnerusumi, peqataallutik.

Peqataasunit 376-iusunut 340-t misissuinermit ataqatigiissaarisuusup kalaalinerarpai, 18-it qallunaajunerarlugit, sinneruttut 18-it akuleriillutilluunniit inuiannut sorlernut attaveqartuunerat taaneqarani. Misissortittut tamarmiusut 2/3-ii akissarsisartutut suliffeqartuupput, 11%-ii ilinniartuullutik kiisalu sisamararterutingajaat inuussutissarsiorfeqaratik.

Misissuinermit peqataaquneqartut ilaasa takkutinnitsoornerat pissutaalluni peqataasut amerlassusaat nakorsiartartut tamarmiususutut aalajangiunneqarsinnaanngilaq, tamannali pingaarnepaatut angusanut, peqataasut ataatsimoor-tukkuutaat akornanni sanilliussuussinermik tunngavilinnut sunniuteqanngilaq.

Nakorsiarnermut pissutaasut

Nakorsiarnernit 59%-iini nakorsaq napparsimasorlu isumaqatigiipput, tassa napparsimasup saaffiginninneranut pissutaammat timikkut ajuuteqarneq, 5%-iannilu tarnikkut ajornartorsiuteqarneq kisimi imaluunniit timikkut ajuutaasumut peqatigitillugu pineqarmat, sinneruttuni ajornartorsiut saaffiginninnermut pissutaasoq pillugu nakorsaq napparsimasorlu isumaqatigiigatik. Nuummi nakorsat napparsimasunut ilisarissimanninnerat annikitsuinnaavoq, Qasigiannuanili illoqarfimmi minnerusumi ilisarissimannilluarneqarluni. Nakorsap napparsimasumut ilisarissimannereernerata napparsimasup saaffiginninneranut pissutaasut pillugit nakorsap napparsimasullu isumaqatigiinnginnerat allannguuteqartinngilaa.

Tarnikkut ajornartorsiutit maanna siornatigullu

Qaammatip kingulliup ingerlanerani angutit 6%-ii arnallu 19%-ii tarnikkut ajornartorsiuteqartarsimapput, angutit 5%-ii arnallu 25%-ii oqarlutik tarnimikkut siornatigut ajornartorsiuteqarsimallutik. Siornatigulli ajornartorsiuteqartarsimanerartunit amerlanerusut tarnip pissusiisigut ilisimasalinnit katsorsarneqarsimasuupput imaluunniit allatut ikiorserneqarnissaq pillugu iliuuseqarsimasuullutik. Pingaartumik angutit, arnallumi aamma, eqqaassagaanni tarnikkut ajornartorsiutigisimasaat pillugit nalunaarusiortoqanngippallaarsorinarpoq.

Tarnikkut qajannaateqarneq

Tarnikkut qajannaateqarneq misissorneqarpoq Goldbergs General Health Questionnaire (GHQ-12) atorlugu. Misissuinermit peqataasut tamarmiusut 51%-ii qajannaateqartutut oqaatigineqarsinnaasimapput. Arnat qajannaatillit angutinit amerlanerupput, ukiutigulli ataqatigiissuseqarneq erseqqissumik paasineqarani. Akerlianik qajannaatillit suliffeqanngitsut, suliffilinniit imaluunniit ilinniagaqalersimasuniit amerlanerupput. Assigiinngitsunik nappaatilinni tarnikkut qajannaateqarneq assigiinngiiaartorujussuuvoq. Nanertisimasutut misigisimasut imaluunniit qaammatip kingulliup ingerlanerani tarnikkut ajornartorsiuteqarsimasut, 90%-iannit amerlanerusut qajannaatilinnut ilaapput. Misissuinikkut angusat naapertuupput nalinginnaasumik peqqissusersuinermit sanilliussissutaa-

sinnaasutut paasisanut. Nalinginnaasumik peqqissusersiuinermi periaaseq maani periaasiusoq atorneqarpoq taamatulli misissuinermi innuttaasunit tamarmiu-sunit amerlanerpaat misissorneqarput.

Timimut tutsitsineq

Tarnikkut artukkiutit tarnikkullu nappaatit assigiinngitsut timikkut malunniuteqalersarnerat aammalu nappaatit pillugit isumakuluuteqarpallaartarneq apeqqutitut akissutinik immersuiffissatigut nakorsallu oqaasiisigut itisileriffigineqarput.

Arnat sisamararterutaat angutillu tallimararterutaat assigiinngitsorpassuarnik anniaateqartarsimapput. Arnat angutininngarnit malunnaateqarnerusumik naiqorlukulasarput, uissannusarlutik tupeqqasutullu misigisimasarlutik. Arnat angutiniit amerlanerusut nappaatit pillugit isumakuluuteqarput, nappaatinut malunniutinik assigiinngitsorpassuarnik malugisaqaqqajaallutik aammalu nakorsap isumakuluutissaqaqannginneraanerata upperinissaa qularutiginerusarlugu. Danmarkimili napparsimasunut sanilliullugu isumakuluutissaqaqannginneranik nakorsap oqariartuuteqarneranut tatiginninnginneq Kalaallit Nunaanni affaan-naavoq.

Nakorsap arnat 26%-ii angutillu 15%-ii timikkut nappaateqartutut misigisimasalersartutut kiisalu arnat 33%-ii angutillu 15%-ii isumakuluuteqaqqaajuartutut isumaqarfigai. Timikkut ajuuteqalersarnerit annertussusaannut napparsimasut akissutaasa nakorsallu naliliinerata akornanni naapertuunneqarpoq nappaatip malunniutaanut aalajangersimasunut tunngatillugu, nappaatinut annilaanngateqarneq isumakuluuteqarnerlu pillugit assigiinngissuteqarnerulluni.

Imigassanik atuineq imertartunilu pissutsit paasisat

Imigassanik atuinermi taaneqarpoq sapaatit akunneranoortumik agguaqatigiis-sillugu aalakoornartullit qulingiluat angutinit arnanillu tallimat imerneqartartut. Tassa innuttaasunik nalinginnaasumik peqqissusersiuinermi atuinertut nammineq taaneqartunut naapertuuttut. Taamaattorli missuinerne taakkunani tamani atuineq nalunaarusiani minnaagavallaarpoq. Angutit 20%-iat arnallu 15%-iat aalakoorniutigalugu imeriaaseqarput aamma/imaluunniit annertuumik atuisuullutik. Peqqissutsikkut inuttullu atugarisatigut ajornartorsiuteqarajunnerusut tas-saapput imernikkut ajornartorsiutillit. Taamaappoq peqqissutsimut tunngassu-tillit ataatsimut isigalugit, soorlu imminut ajoqusersimaneq imaluunniit allanik piaarinaatsoornikkut ajoqusiineq, suliartunngitsuukulaneq aningaasassaaleqi-nerlu. Ilaqutariinni annaartuunneq (kamaateqqajaaneq) nalinginnaasorujussuu-

voq aalakoortugalugu imertartut 25%-iini, imigassamik ajornartorsiuteqanngitsut 12% -iini tamanna pisartillugu.

Napparsimasut affaanit amerlanerusut, amerlanerpaat inuusuttut, angerlarsimaffimmi meeraaffigisaminni imigassap ajornartorsiutaanera akulikitsunik imaluunniit ilaanneeriarluni misigisaqarfigisarsimavaat. Angerlarsimaffimmi meeraarffigisami imigassartornermik misigisaqartarsimasut aamma namminneq atuinerlunnermik ajornartorsiuteqarput. Taamaasilluni taakkua amerlanersaat qaammatip kingulliup ingerlanerani aalakoortujussuuartarsimapput, soorlulu ilaqutariinni kamaateqqajaanerit meeraanermi taamatut misigisaqarsimasuni pigajunnerusarlutik. 55%-init taaneqarpoq ilaqtanni qaninnerpaasani aamma/imaluunniit namminermi imigassamik ajornartorsiorneqartoq malunnaangilarlu qitornaminnik angerlarsimasuutillit qitornaqanngitsuniit ilaqtanni qaninnerpaasani imigassamik ajornartorsiuteqarnermik misigisakinnerunersut.

Hashituumaneq

Inuusunnerusuni hashimik pujortartarneq nalinginnaaneruvoq. Angutit inuusuttut 2/3-ingajaat marlussoriaannaratik hashimik pujortartareersimapput. Hashimik pujortartarnerup imigassamillu ajornartorsiuteqarnerup akornanni ataqatigiinneq annertoortujussuvoq. Atornerluinikkut ajornartorsiutit nakorsiarnermi paasineqartarnerat qaqutigootorujussuvoq tamakkunatigullumi katsorsaaniartarneq qaqutiguinnaq pisarluni.

Tarnikkut nappaatinik katsorsaaniarneq pillugu apeqqarissaarineq

Napparsimasut tamarmik affangajaat tarnikkut pissutsinik paasisimasalittut apeqqarissaarfigineqarnikkut nappaateqarnermik paasitinneqarsimapput. Napparsimasunut kalaaliusunut tunngatillugu tamanna 48%-iuvoq. Tamanna naapertuuppoq nunarsuup ilaani assigiinngitsuni nunani 14-ini WHO-p misissuinerani annerpaatut atugaasumut, skandinaviami amerlasuut akornannit misissuinermi atugaanera 14%-ip 34%-illu akornanniilluni.

Misissuinermi tarnikkut nappaateqarnermik paasitinneqartunit tamanit taamaallaat 20%-iisa nakorsaatitornikkut katsorsartarialittut sakkortussusilimmik ajuuteqarsoraat, isiumaqarlutilli taamatulli amerlatigisut nakorsaatitortariaqanngitsut. Annertuumik isumakuluuteqartutut nappaateqarnermik paasitinneqartut tamarmik akornanni 30%-iisa nakorsaatitornikkut katsorsartarialittut sakkortussusilimmik nakorsanit ajuuteqarsorineqarput. Annilaanganermik nappaatilittut paasisat akornanni 17%-iisa nakorsaatitornikkut katsorsartarialittut sakkortussusilimmik nakorsanit ajuuteqarsorineqarput.

Tarnikkut nappaateqarnermik paasisaqarfiusut 44%-iisa namminneerlutik tarnikkut ajornartorsiuteqarnitik taasimavaat. Annertuumik isumakuluuteqartut paasitinneqartut 73%-iisa aammalu annilaanganermik nappaatilittut paasitinneqartut 52%-iisa taamaannertik namminneerlutik taasimavaat. Tassalu napparsimasup tarnikkut ajornartorsiuteqarnermik taasaqarnerata aammalu tarnikkut nappaateqarnermik paasitinneqarnerup akornanni naapertuuttoqarneruvoq nakorsap tarnikkut ajuuteqarnermik naliliiffiginninniarnissaata aammalu apeqqarissaarnerup inernerisaatut tanikkut nappaateqarnermik paasinninniarnerpup akornannin-ngarniit.

Naak misissuineq aalajangersimanerusunut tunngatitaagaluaq aammalu tarnikkut nappaateqarnermik paasitinneqartut tamarmiunnigitsut katsorsarneqarnissamik pisariaqartitsigaluit pissutissaqarsorisariaqarpoq aarleqqutigissallugu annertuumik nikallungassuteqarnerit taama ikitsigisut nakorsanit paasineqartarnerat, minnerunngitsumik katsorsarneqarsinnaalluarnerat pissutigalugu. Annilaanganermik pissuteqartumik timikkut malunniutaalersartut, timikkut nappaateqarsorilersarnerit pillugit pissutsit pitsaanerungaangillat: tamakkua 24%-ii nakorsamit paasineqartarput tarnikkut ajuuteqarnerusutut, 47%-erisaat napparsimasunit tarnikkut ajornartorsiuteqarnertut tagginneqartarlutik. Napparsimasut taama ikitsigut tarnikkut ajornartorsiutitik pillugit nakorsanik ikiortissarsiortarnerat arlaliusunik pissuteqarsinnaavoq: Immaqa nimaarutitik tarnikkut ajuuteqarnermut attuumassuteqartinnigilaat, imaluunniit immaqa qanngatulli ilimaqiinnarsimassavaat peqqinnissaqarfiup timikkut nappaataannarnik katsorsarniarnissaa.

Immersugassanik immersuinermi oqaatsit sorliit atorreqarnerat

Tarnikkut nappaatilittut paasisat annertuut pingaartumik takuneqarsinnaapput kalaallit oqaasii atorlugit immersuisimasuni, tassami taakkunani nappaatillit procentiat 63-iummat. Napparsimasuni kalaaliusuni, immersugassanik qallunaatut immersuisimasuni tarnikkut nappaatilittut paasisat procentiat 24-uvoq, eqqartorneqareersutut skandinaviami misissuinerit annertutigisooq aammalu WHO-p nunani tamalaani misissuinerisa agguaqatigiissinnerattulli annertutigisooq. Immersuisuni kalaallit oqaasiinik atuisuni amerlanerit inuussutissarsiutitigut ilinniagaqarsimanngillat ikinnerusullu akunnattumik imaluunniit annertuumik ilinniagaqarsimasuullutik, taamaasillutillu immersuisimasut taakku inuiaqatigiit aningaasarsiomeranni atugarliornerusutut naatsorsuuttariaqassallutik. Taamaakkaluartoq taaneqartuni marlunni taakkunani suliffeqanngitsut amerlasutsikkut naligiingajapput, pingaartuuvorlu erseqqissassallugu oqaatsitigut inut-

tullu piginnaatitaaffitsigut kiisalu tarnikkut nappaatillit amerlassusaasa ataqati-giissusaat itinerusumik paasiniassagaanni misissueqqinnissat pisariaqassamma-ta. Immersuinermi kikkut oqaasiinik atuineq apeqqutaatinnagu angerlarsimaf-fimmi imigassamik ajornartorsiuteqarfugajuttumi peroriartorsimaneq kingune-risarsimavaa tarnikkut isumakuluuteqalersinnaanerup annertunerulernerujussua.

Katsorsaaneq

Napparsimasut qanoq katsorsarneqarsinnaappat? Nakorsap naliliinera naaper-torlugu timikkut malunniunnertalimmik imaluunniit malunniunnertaqanngitsu-mik tarnikkut isumakuluuteqarnermik pissuteqartumik nakorsiarimasut amer-lanersaat neqeroorfigineqarput arlaatigut iliornikkut katsorsarneqarnissamik, af-faannut tunngatillugu tarnikkut pissutsinut sunniuttartunik nakorsaatitornikkut. Napparsimasoq ataaseq tarnikkut napparsimasut uninngaviannut unitsinneqar-poq marlullu tarnikkut pissutsinut nakorsamut nakorsartartussanngortitaallutik. Allalli, tarnikkut ajornartorsiutaat ”saqqummiunneqanngitsut”, imaluunniit tar-nikkut isumakuluuteqaaqajaasutut paasisat, nappasimanatilluunniit nakorsami nalunaarsugaanngitsut, soorunami suneqanngillat. Amerlanerpaallumi taamatut pineqarput.

Ataatsimut paasisat aammalu peqqinnissakkut tunngaviusumik sullissiner-mi ingerlaasissatut inassutigiumasat

Nalunaarusiap uppersarsarpaa tarnikkut isumakuluuteqarnerit peqqinnissakkut tunngaviusumik sullissiner-mi nakorsartartuni siammaasimanerat. Napparsima-sulli nappaatit timikkut malunniutaat pissutiginerullugit saaffiginnittarput, saaf-figinninnerillu 10%-iinit ikinnerusut tarnikkut ajornartorsiuteqartutut saaffigin-ninnerupput. Aamma saaffiginninnerit ikigisassaan-ngeqisut tarnikkut isumaku-luuteqarnermik pissuteqartutut nakorsanit naliliiffigineqanngillat; taamaakka-luarterli napparsimasut pingajorarterutaannut tunngatillugu nakorsap napparsi-masullu ajornartorsiutit pissusaannik paasinninnerat assigiinngilaq.

Saaffiginninnermut pissutaasoq apeqqutaatinnagu tarnikkut ajornartorsiuteqar-neq pillugu apeqqut qiviarutsigu paasinarsivoq arnat amerlanerujussuit qaam-matip kingulliup ingerlanerani tarnikkut ajornartorsiuteqarsimasut. Aamma ta-matumani kiap tarnikkut ajornartorsiuteqarsimaneranik nakorsap napparsima-sullu paasinninnerat annikitsuinnartigut naapertuuppoq.

Tarnikkut nappaatit pillugit paasisat, tarnikkut nappaatit pillugit apeqqarissaa-rinikkut anguneqartut, pissutsimikkut sakkortussutsimikkullu assigiinngitsoru-jussuarnut tungasuupput. Toqqaannartumik katsorsarniartariaqartut, annertuu-

mik nikallungassuteqarnerit annilaangassuteqarnerillu kiisalu timikkut malunniutilinnik ajuuteqarnerit, saniatigut pissusiusut ilaat isigineqarnerusariaqarput ataasiakkaat imminnut nittarsinnaassusaannik akornusiisuusutut akuttunngitsumillu ilaqutariinni tamarmiusuni inuuniarnermut sunniuteqarnertut immikkut isigalugu katsorsarniartariaqanngitsutut. Misissuinermi paasisat ilagaat, tassa tarnikkut ajuuteqalersinnaaneq annerpaajusoq qallunaat oqaasiinik itikkakuusuni aammalu inuussutissarsiutitigut ilinniagaqarsimanngitsuni, kiisalu peroriar- tornermi angerlarsimaffigisami imigassap ajornartorsiutaanerani misigisaqakulasuni, erseqqissumik tikkuaavoq ataasiakkaat tarnikkut peqqissusaat angutaaguni arnaaguniluunniit inuuniarnikkut atugarisaanik tunngaveqartutut isigisariaqartoq. Taamaasilluni tarnikkut ajuutaalersinnaasut pitsaaliorniarlugit sulinarneq inuiaqatigiinni suliniarnerusaaq tamalaanik sammisaqarfusoq; tamanali peqqinnissaqarfup pissusersiuilluni nassuiaateqartarnisisaanik suliassaminillu ingerlatsinissaanik pinngitsoortitsissanngilaq.

Tamatuma kingunerisaatut peqqinnissakkut tunngaviusumik sullissinerup aaq- qissuunnissaani makku ukkanniartariaqarput:

Anguniagassat:

Tarnikkut nappaatinik nalinginnaasunik, tamatumani aamma annertuumik ni- kallu- ngassuteqalersarnernik, annilaangassuteqarnernik tarnikkullu ajuutit ti- mimut sunniuteqalersarnernik pitsaanerusumik paasiniaasinnaaneq.

Imigassamik atonerluineq pitsaaliorniarlugu atonerluisullu katsorsarniarlugit pimoorussamik suliniuteqarneq, minnerunngitsumik ilaqutariit meerartallit ar- nallu naartusut tungaannut.

Sakkussat:

- Napparsimasumik suut tamaasa aammalu ilaqutariinnut tunngassutillit eq- qarsaatiginerullugit isiginnilerneq misissuinissamik katsorsaanissamillu aaqqissuussinikkut. Napparsimasup ajornartorsiutaasa inuunerminilu atuga- risaasa akornanni qanoq ataqatigiinneqarpa? Napparsimasumik katsorsaa- nermi ilaqutaasut isumalluutiginiarsinnaavagut?
- Nakorsamik/napparsimasumik oqaloqateqarneq – tamatumani aamma oqa- lutseqarnerup nakussassarnissaa ukkannerullugu, tak. Tine Curtis-imi oqa- lutseqarluni nakorsiarnermi oqaloqatigiinneq pillugu allaaserisami (Curtis 2001) siunnersuutitut pingaarnersiukkat: Ilaatigut nakorsiarnermi nammi- nermi periarfissanik pitsaanerusumik iluaqutiginninniarnissaq pineqarpoq.

Napparsimasup piareersimaffigisariaqarpaaajornartorsiutimi, nakorsiarnerminut pissutaasut, qanoq nassuiarniarnissaat eqqaamaniartariaqarlugulu suut nakorsamiit ilimagisariaqassanerini. Taassuma nammineq tungimini sianiginiarnerusariaqarpaa oqaatsinik marluusunik atuiffiusumi aammalu kulturikkut pissutsini marluusuni sulinini, taamaasilluni napparsimasoq oqaloqatigiinnermi sunniutilimmik peqataanissamut periarfissaqarneroqqullugu. Kiisalu oqalutsip oqaloqatigiinnermi akunnermiliuttuusutut napparsimasorlu sinnerlugu oqaaseqartuutitaasutut inissisimanera inerisaavigisariaqarpoq eqqarsaatigilluartariaqarlunilu nakorsamut ikiortitut sulisariaqarnera illuatungiliullugu.

- Peqqinnissakkut sulisorisanik qallunaajusunik kalaallit oqaasiinik kulturiannillu kiisalu oqalutseqartarnermik ilinniartitsineq. Sulisorisat tamarmiusut tarnikkut nappaatinik nalinginnaasunik paasiniaanermik aammalu peqqinnissakkut tunngaviusumik sullissinermi ilaqutariissutsimut sammisitarnik, tamatumani aamma imigassamik ajornartorsiuteqarnerni akuliutsitse-riaatsinik, ilinniartitaanerat.
- Tarnikkut nappaatit pitsaaliornissaat katsorsarneqarsinnaanerallu pillugit paasissutissiineq.

Bilag 1. General Health Questionnaire (GHQ-12)

Har du inden for de seneste uger

- haft svært ved at koncentrere dig?
- haft søvnproblemer pga. bekymringer?
- følt din rolle i tilværelsen er mindre nyttig end før?
- haft sværere ved at tage beslutninger?
- følt dig under konstant pres?
- haft svært ved at overkomme dine problemer?
- været mindre tilfreds med din dagligdag?
- haft sværere ved at se dine problemer i øjnene?
- følt dig ked af det eller nedtrykt?
- følt du manglede selvtillid?
- følt at du ikke duede til noget?
- ikke følt dig rimeligt glad og tilfreds?

Bilag 2. Model til screening for psykiatrisk forstyrrelse

Som beskrevet side 44 kan undersøgelsespopulationen deles op i robuste og sårbare ved forskellige skæringspunkter for resultatet af GHQ-12. Hvis vi betragter resultatet af SCAN undersøgelsen som det endegyldige mål for, om patienten har en psykisk lidelse/forstyrrelse, er opgaven nu at finde den fordeling af sårbare og robuste ved GHQ som placerer flest patienter i a og d, altså samme resultat af GHQ og SCAN, og færrest i c, som betyder, at GHQ har overset tilfælde og i b, som betyder, at GHQ har fundet dem sårbare, mens SCAN interviewet ikke udløste nogen diagnose.

Modellen fremgår af bilagstabel 2.1.

Bilagstabel 2.1.

	SCAN positiv	SCAN negativ	
GHQ sårbar	a = sandt positive	b = falsk positive	a+b
GHQ robust	c = falsk normale	d = sandt normale	c+d
	a+c	b+d	a+b+c+d

Specificiteten er den ved GHQ korrekt identificerede andel af de negative d/b+d.

1 – Specificiteten er de falsk positive (b/ b+d).

Sensitiviteten er den ved GHQ korrekt identificerede andel af de sandt positive a/a+c.

Positiv prædiktiv værdi af GHQ (PPV) er andelen af GHQ-sårbare, som er sandt positive a/a+b.

Negative prædiktiv værdi af GHQ (NPV) er andelen af GHQ-robuste, som er sandt negative d/c+d.

Andelen forkert klassificerede er b+c/a+b+c+d.

Da SCAN undersøgelsen kun er gennemført for 100 af de 376 deltagere i første fase, og der relativt flere sårbare i SCAN gruppen end i hele materialet, er det nødvendigt at korrigere for, at SCAN materialet ikke er repræsentativt for hele materialet. Det gøres ved at lade hver deltager indgå med en vægt, som er omvendt proportional med størrelsen af det stratum, han indgår i, for at kompensere for den skæve fordeling af strata i fase 2. Udregningerne af resultatet af screeningen ved forskellige værdier for sårbare ifølge GHQ fremgår af bilagstabel 2.2.

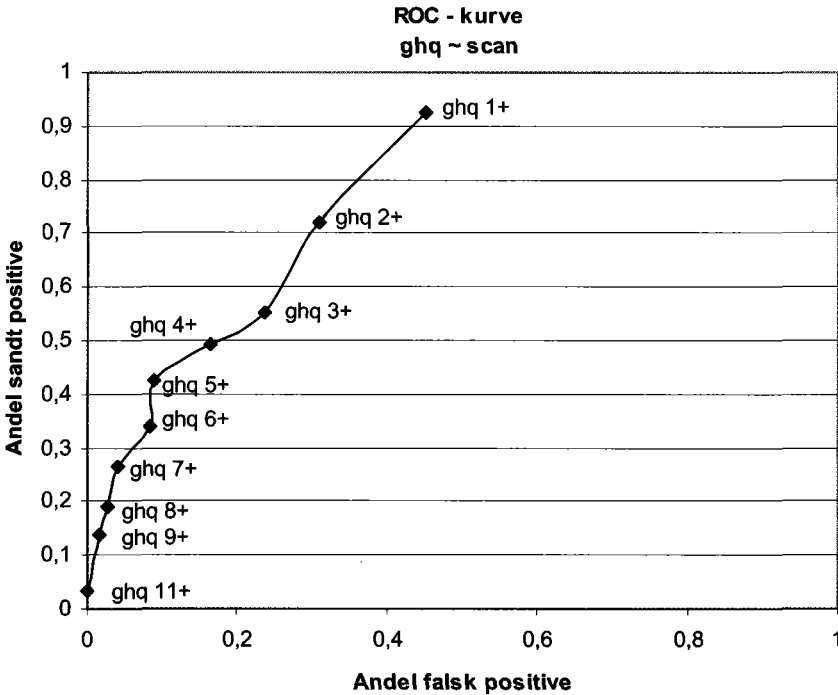
Bilagstabel 2.2.

GHQ 12	Alle							
	Stratum 1	SCAN stratum	A (ingen diagnose)	B (+ diagnose)	A*) Korrigeret	B*) Korrigeret	Falsk positive	Sandt positive
ghq1+	256	91	31	60	87,2	168,7		
ghq<1	119	9	8	1	105,8	13,2		
I alt					193	181,9	0,452	0,927
ghq2+	192	79	24	55	58,3	133,7		
ghq<2	183	21	15	6	130,7	52,3		
I alt					189	186	0,308	0,718
ghq3+	152	63	17	46	41,01	111		
ghq<3	223	37	22	15	132,5	90,4		
I alt					173,51	201,4	0,236	0,551
ghq4+	128	54	12	42	28,4	99,5		
ghq<4	247	46	27	19	145	102		
I alt					173,4	201,5	0,163	0,494
ghq5+	102	45	7	38	15,9	86,1		
ghq<5	273	55	32	23	158,8	114,2		
I alt					174,7	200,3	0,091	0,430
ghq6+	83	41	7	34	14,2	68,8		
ghq<6	292	59	32	27	158,4	133,6		
I alt					172,6	202,4	0,082	0,340
ghq7+	62	29	3	26	6,4	55,6		
ghq<7	313	71	36	35	158,7	154,3		
I alt					165,1	209,9	0,039	0,265
ghq8+	46	21	2	19	4,4	41,6		
ghq<8	329	79	37	42	154,1	174,0		
I alt					158,5	216,5	0,028	0,192
ghq9+	33	14	1	13	2,4	30,6		
ghq<9	342	86	38	48	151,1	190,9		
I alt					153,5	221,5	0,016	0,138
ghq11+	8	4	0	4	0	8		
ghq<11	367	96	39	57	149	217,9		
I alt					149	225,9	0	0,035

*Korrektion a.m. Goldberg & Huxley (1988): strat1/strat2 x A (ej diagnose) hhv B (+diagnose).

Resultatet af udregningerne i bilagstabel 2.2 er vist i følgende ROC-kurve (bilagsfigur 2.1).

Bilagsfigur 2.1.



Såfremt patienter med GHQ på 1 score og derover betragtes som sårbare, vil 93% af dem med en psykiatrisk diagnose ved SCAN interviewet også være sårbare. Men til gengæld vil der være 45% sårbare blandt dem, der ikke fik en psykiatrisk diagnose ved SCAN. Hvis sårbarhed defineres som GHQ på 2 og derover vil 72% af SCAN positive også være GHQ positive, mens 31% af de SCAN negative vil være sårbare eller falsk positive. Når skillelinjen sættes højere, altså der kræves højere score på GHQ for at blive betegnet som sårbar, vil der være en større andel af de robuste, der får en psykiatrisk diagnose. Det vil sige, at såfremt man vil anvende høje værdier for GHQ som screeningsinstrument, vil man overse en større andel af dem med en psykisk lidelse. Til gengæld vil der være færre af de sårbare, der er falsk positive dvs ikke får en psykiatrisk diagnose. Med andre ord, den positivt prædiktive værdi af GHQ screeningen stiger med højere GHQ-værdi, mens den negativt prædiktive værdi falder.

Bilag 3. Vægtning af materialet i fase 2

*Vægtning af materialet i fase 2, så det repræsenterer alle patienterne i undersøgelsen**

Ved beregning af prævalenstal for den samlede undersøgelsespopulation er anvendt vægtning, hvor vægtene skaleres så de summerer op til antallet i det mindste sample (100), ikke til det totale antal (376).

Bilagstabel 3.1.

Resultat af screening	Deltager i SCAN		
	Nej	Ja	Alle
GHQ 0 – 1.5	163	21	184
GHQ 2 – 3.5	39	25	64
GHQ 4+	74	54	128
	276	100	376

Stratum 1 vægt: $184/21 \times 100/376 = 2.33$
Stratum 2 vægt: $64/25 \times 100/376 = 0.65$
Stratum 3 vægt: $128/54 \times 100/376 = 0.63$

*Vægt beregnet a.m. Pickles et al. (1995): strat1/strat2 x hele stratum2/hele stratum1.

SIFs Grønlandsskrifter er en serie rapporter, der siden 1994 er udgivet af Statens Institut for Folkesundhed, Afdeling for Grønlandsforskning.

1. Toppen af isfjeldet. Peter Bjerregaard, Jens Misfeldt, Peder Kern og Inge-Merete Nielsen, 1994. 76 s.
2. Kalaallit Nunaanni inuit peqqinnerlu/Mennesker og sundhed i Grønland. Peter Bjerregaard, Frank Senderovitz og Laila Ramlau-Hansen, 1995. 47 s.
3. Health research in Greenland - a catalogue of projects. Tine Curtis og Peter Bjerregaard, 1995. 109 s.
4. Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland. Peter Bjerregaard, Tine Curtis, Frank Senderovitz, Ulla Christensen og Tine Pars, 1995. 155 s.
5. Sundhedsvæsenet i Grønland - befolkningens brug, tilfredshed og ønsker. Ulla Christensen, Peter Bjerregaard og Tine Curtis, 1996. 82 s.
6. Forskerseminar - Kangerlussuaq 19.-22. januar 1996. Tine Curtis og Peter Bjerregaard, 1996. 84 s.
7. Sygdom og helbred i Grønland. Peter Bjerregaard, Hans Chr. Petersen, Inge Lyng og Frank Senderovitz, 1997. 93 s.
8. Sundhedsadfærd blandt grønlandske skolebørn. Johan Michael Pedersen, 1997. 60 s.
9. Familie, børn og sundhed i Grønland. Tine Curtis, Kim Moesgaard Iburg og Peter Bjerregaard, 1997. 65 s.
10. Greenland Medical Bibliography 1970-1995. Ulla Christensen og Peter Bjerregaard, 1997. 273 s.
11. Forbruget af traditionelle grønlandske fødevarer i Vestgrønland. Ph.d.-afhandling. Tine Pars, 2000. 124 s.
12. Kommunikation mellem læge og patient i Grønland - en kvalitativ undersøgelse af interaktionen mellem parterne i den tolkede konsultationssamtale. Ph.d.-afhandling. Tine Curtis, 2001. 201 s.
13. Befolkningsundersøgelsen i Qasigiannuit 2000-2001. Peter Bjerregaard, Celeste Porsbjerg og Tine Curtis, 2000. 12 s.
14. Grønlændernes sundheds- og sygdomsopfattelse 1800-1930. Speciale. Mette Rønsager, 2002. 171 s.
15. Psykisk helbred hos patienter i Grønlands sundhedsvæsen. Inge Lyng, Povl Munk-Jørgensen, Amalia Lyng Pedersen, Gert Mulvad og Peter Bjerregaard, 2003. 103 s.

Denne rapport er en præsentation af resultaterne fra en undersøgelse af det psykiske helbred hos patienter i den primære sundhedstjeneste i Grønland. Den handler om forekomsten af psykiske lidelser, hvordan de præsenteres, og i hvilket omfang de diagnosticeres og behandles. Undersøgelsen omfatter 376 voksne, der søgte læge i to byer, Nuuk og Qasigiannuit.