

Ny forskning i nabolagseffekter fra Kraks Fond

Dine naboer kan påvirke din mentale sundhed

Dit nabolag kan få betydning for dit forbrug af psykofarmaka. Ny forskning i nabolagseffekter fra Kraks Fond viser, at sandsynligheden for at tage psykofarmaka stiger, hvis du er mand og flytter til et udsat boligområde.

I Danmark har vi en regional ulige fordeling af ledighed, indkomst og formue. Den selv samme geografiske ulighed findes for psykiske problemer og psykiske sygdomme, når man kigger på forbruget af receptpligtige psykofarmaka. Hos Kraks Fond har forskerne derfor undersøgt, om en del af den geografiske ulighed skyldes, at vi bliver påvirket af vores nærmiljø.

Nabolaget har betydning

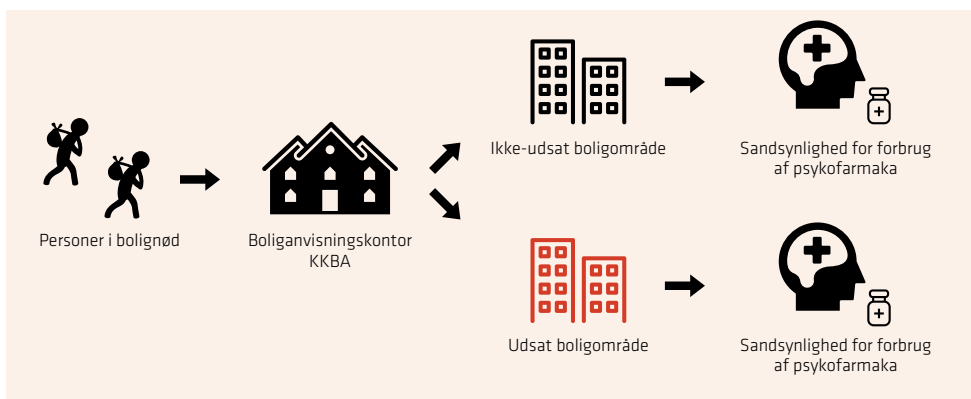
"Flere studier viser, at en blanding af genetik, personlige karakteristika og stressende hændelser kan have betydning for udvikling af psykiske sygdomme. Med vores studie ved vi nu, at det nabolag, man bor i, også har betydning", siger Lars Pico Geerdsen, Direktør for Kraks Fond.

Sandsynligheden for at tage psykofarmaka stiger særligt for mænd, når de flytter til et udsat boligområde. Det gælder specielt for de boligområder, der har en høj andel af beboere med lav tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet og lav indkomst samt en høj andel, som tager psykofarmaka. Studiet finder ingen tilsvarende nabolagseffekt for kvinder.

En særlig undersøgelsesgruppe

Det registerbaserede effektstudie er blandt andet baseret på data fra Københavns Kommunes Boligsociale Anvisning (fra 2000-2007), hvilket har givet en unik mulighed for at måle nabolagets effekt på mental sundhed:

"Stikprøven, vi har undersøgt, består af personer, der har været i akut boligmangel og derfor har fået tildelt bolig igennem den boligsociale anvisning. Det har gjort det muligt at sammenligne, hvad der sker med forbruget af psykofarmaka, når man flytter til hhv. et udsat og et ikke-udsat boligområde, som vist i figuren. De personer, vi undersøger, har typisk haft det svært i livet. Og vi kan derfor ikke konkludere, at resultaterne gælder for hele befolkningen", forklarer en af forskerne bag studiet Cecilie Dohmann Weatherall.



Hos Kraks Fond vurderer man, at undersøgelsesresultaterne er relevante for ca. 85.000 mænd i den danske befolkning, der har nogenlunde samme karakteristika som undersøgelsesgruppen, hvis de flytter til et udsat boligområde.

Forskningsresultaterne er netop udgivet af Kraks Fond i publikationen "Dine naboer kan påvirke din mentale sundhed".
For yderligere oplysninger eller udtalelser kontakt:

Carina Liesk, Kommunikationsleder ved Kraks Fond
53 82 11 33 / cli@kraksfond.dk

Forskerne:
Cecilie Dohmann Weatherall, Seniorforsker ved Kraks Fond
cdw@kraksfond.dk

Bence Boje-Kovacs, Forsker ved Kraks Fond
bbk@kraksfond.dk

Jane Greve, Seniorforsker ved VIVE- Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
Jagr@vive.dk

Temahæftets definition på psykisk sygdom og mental sundhed

En psykisk sygdom er, ifølge WHO: "En tilstand, hvor et menneske oplever psykiske symptomer i en længere periode (uger), som medfører alvorlig nedsættelse af livskvalitet og funktionshæmning i arbejds- og privatlivet" (oversat af Vendsborg m.fl., 2015). Definitionen er dog langt fra entydig, da hvorvidt psykiske symptomer opfattes som nedsættende i forhold til livskvalitet og som en funktionshæmning bl.a. afhænger af kultur, normer og miljø. Behandlingen af psykisk sygdom sker ved en diagnosticering af psykiske symptomer, som kan være svære at finde frem til. Psykiske sygdomme inkluderer angst og stressrelaterede lidelser, herunder forbigående krisereaktioner, personlighedsforstyrrelser, affektive tilstande såsom depression og mani, psykoser – herunder skizofreni, selvskadende adfærd, spiseforstyrrelser, demenstilstande og misbrug af rusmidler (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Vi kan igennem registerdata se på personers forbrug af receptpligtig medicin i forbindelse med psykiske symptomer (herefter kaldet psykofarmaka) med følgende navne og Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)-koder: Antipsychotica (N05A), Anxiolytica (N05B), Hypnotica og Sedativa (N05C), Antidepressiva (N06A uden Bupropion (N06AX12)), Psychostimulantia, midler for ADHD og Nootropica (N06B), Analgetica (N02) og midler mod afhængighedsforstyrrelser (N07B).

Brugen af registerbaseret information om psykofarmaka er ikke nødvendigvis det bedste mål for mental sundhed, men der er en række fordele ved at anvende dette mål. For det første er målefejlen meget lav sammenlignet med selvrapporteret mental sundhed, som mange tidligere undersøgelser benytter, da forbrug af psykofarmaka kræver, at en læge har stillet en diagnose. For det andet kan vi, når vi benytter de administrative registre for hele befolkningen, undersøge forbruget af psykofarmaka for alle. Vi undgår derved den skævhed, der ofte forekommer, når forbruget af psykofarmaka er selvrapporteret, og alle derfor ikke svarer (eller systematisk svarer forkert). Vi kan dog ikke udelukke, at vi, når vi definerer mental sundhed ud fra registrene, risikerer at undervurdere andelen af mennesker med en psykisk sygdom, da de administrative registre ikke inkluderer gruppen af mennesker med psykiske problemer, som ikke kontakter en læge og dermed ikke får en diagnose. Der kan også være personer, som bliver fejldiagnosticeret og dermed modtager psykofarmaka mod psykisk sygdom uden at være psykisk syge. Vi forventer dog, at det er en relativt lille gruppe, da læger ikke ønsker at udlevere medicin til raske patienter. Der er en række danske og udenlandske analyser, der benytter receptpligtig medicin som mål for psykisk sygdom (Andersen og Rosholm, 2011; Kling m.fl., 2007; Crump m.fl., 2011). Det tyder altså på, at dette mål er anerkendt i både det danske og internationale forskningsmiljø.

Temahæftets definition på et udsat boligområde

Tidligere danske og udenlandske studier har defineret boligområdets udsathed ved, at andelen af beboere uden tilknytning til arbejdsmarkedet eller den gennemsnitlige indkomst i boligområdet er hhv. højere eller lavere end en bestemt grænseværdi (Damm, 2014; Rosenthal og Ross, 2015). Vi har valgt at kombinere definitionerne, således at en fysisk sammenhængende almen boligafdeling, der opfylder de to nedenstående kriterier i 2013, er et udsat boligområde i dette temahæfte:

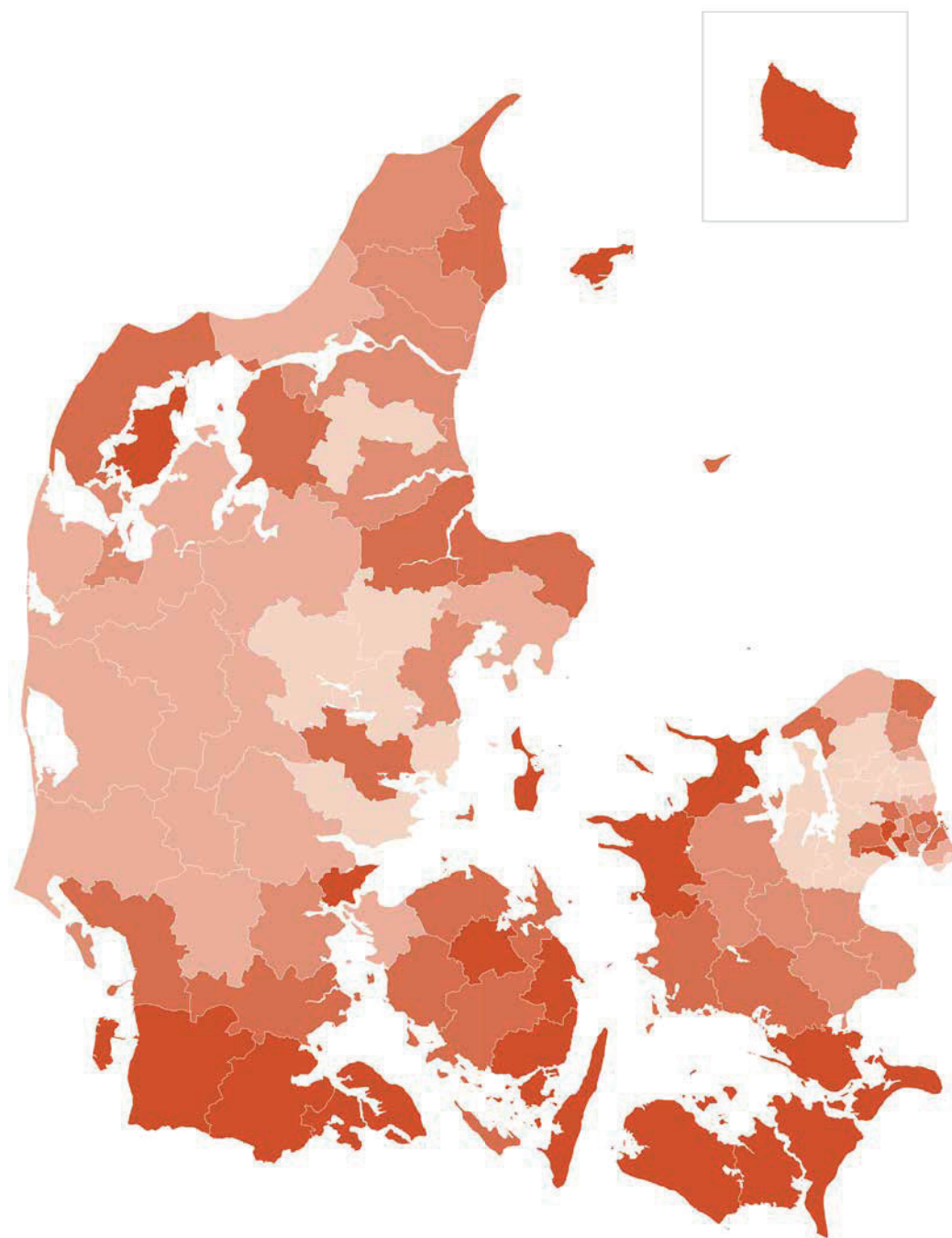
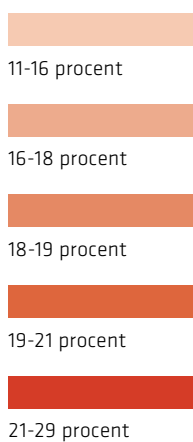
1. Andelen af 18-64-årige uden tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet ligger i den øverste kvartil (dvs. 25 procent) i fordelingen blandt boligområder. Det vil sige, at mindst 45 procent af beboerne er uden tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet i boligområdet.
2. Den gennemsnitlige årlige bruttoindkomst for skattepligtige beboere i alderen 15-64 år i boligområdet, eksklusive uddannelsessøgende, ligger i den nederste kvartil (dvs. 25 procent) af boligområdernes gennemsnitlige indkomstfordeling. Det betyder, at den gennemsnitlige årlige bruttoindkomst i boligområdet er lavere end 189.000 DKK (i 2014 priser).

Der er en vis overensstemmelse mellem temahæftets definition på et udsat boligområde og definitionen fra det daværende Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter på et særligt udsat boligområde (SUB) i 2013. Ifølge SUB skal de udsatte boligområder omfatte mere end 1.000 beboere. I dette temahæfte har vi valgt at inkludere mindre boligområder. Boligområderne har i gennemsnit 330 beboere, hvilket stemmer godt overens med, at nyere forskning indenfor nabolag i Danmark vurderer nabolag til at bestå af mindre end 500 beboere (Hjort m.fl., 2017). SUB-definitionen omfatter fem kriterier inklusive etnisk sammensætning, uddannelsesniveau og kriminalitet, hvor temahæftets definition kun omfatter to ovenstående kriterier, da vi derved bedre kan sammenligne vores resultater med resultater i udlandet.

I temahæftet sammenligner vi borgere i de udsatte boligområder med borgere i ikke-udsatte boligområder, dvs. boligområder, der ikke opfylder de to kriterier for at være et udsat boligområde. I selve den empiriske effektanalyse sammenligner vi boligansøgende borgere, som flytter ind i hhv. udsatte boligområder og ikke-udsatte boligområder i København.

× FIGUR 1.1

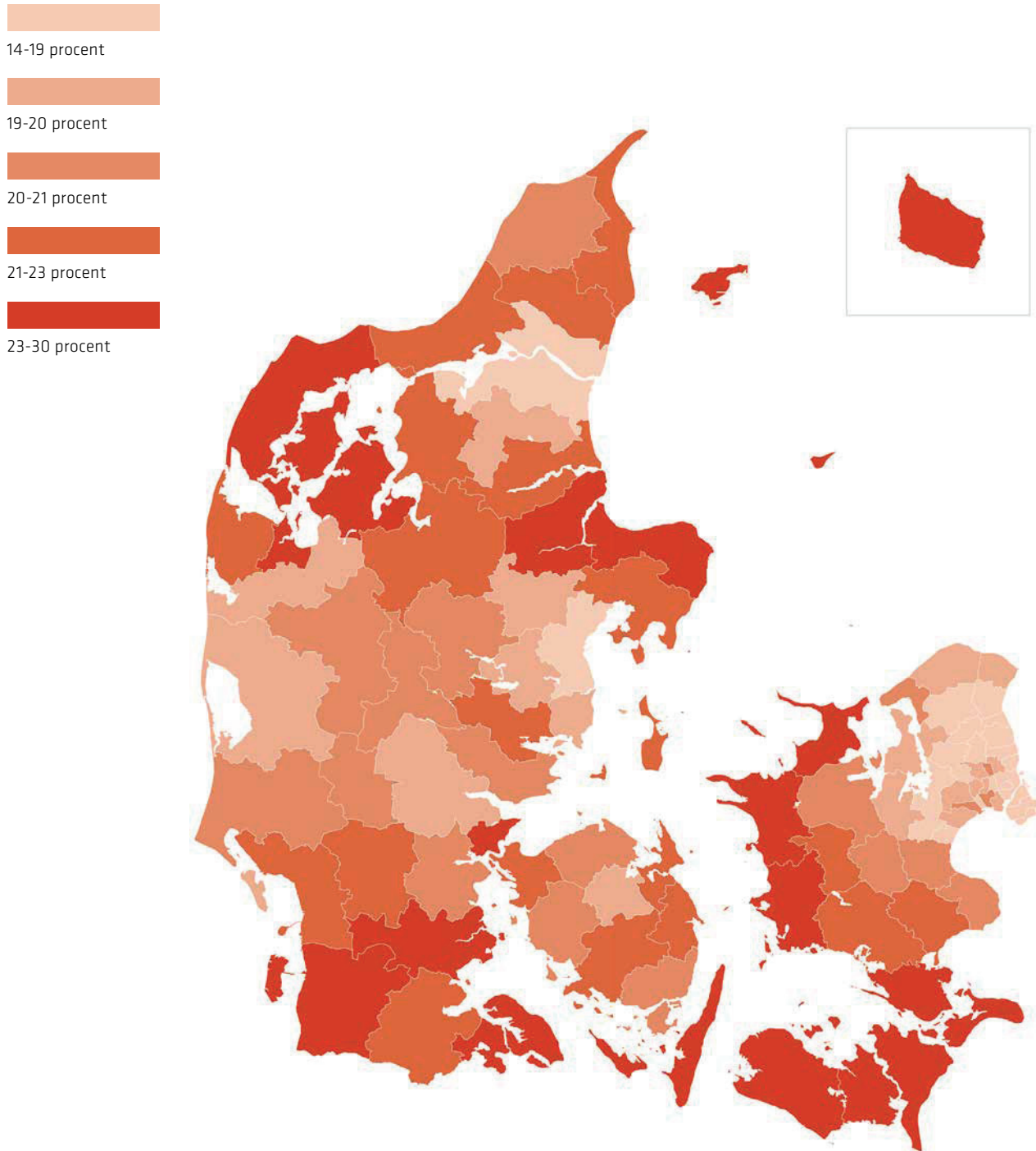
ANDEL AF BORGERE I ALDEREN 18-60 ÅR UDEN TILKNYTNING TIL ARBEJDSMARKEDET ELLER UDDANNELSESSYSTEMET I 2013 FORDELT PÅ KOMMUNER. I PROCENT OG INDELT I FEM FRAKTILER.



Anm.: I alt 3.139.305 observationer. Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

× FIGUR 1.2

ANDEL AF BORGERE I ALDEREN 18-60 ÅR MED ET FORBRUG AF PSYKOFARMAKA I 2013 FORDELT PÅ KOMMUNER. I PROCENT OG INDELT I FEM FRAKTILER.



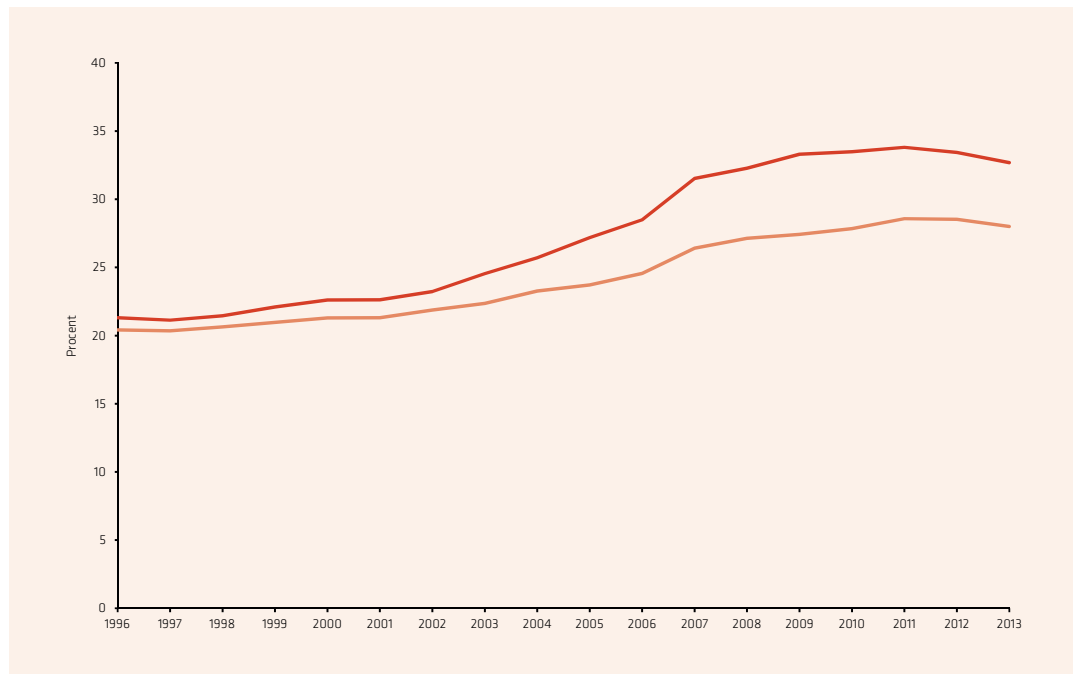
Anm.: I alt 3.139.305 observationer. **Kilde:** Danmarks Statistik og egne beregninger.

× FIGUR 1.3

ANDEL AF BEBOERE MED ET FORBRUG AF PSYKOFARMAKA I ALDEREN 18-60 ÅR I HHV. UDSATTE BOLIG-OMRÅDER OG IKKE-UDSATTE BOLIGOMRÅDER I PERIODEN 1996-2013 I DANMARK. I PROCENT.

Udsatte boligområder

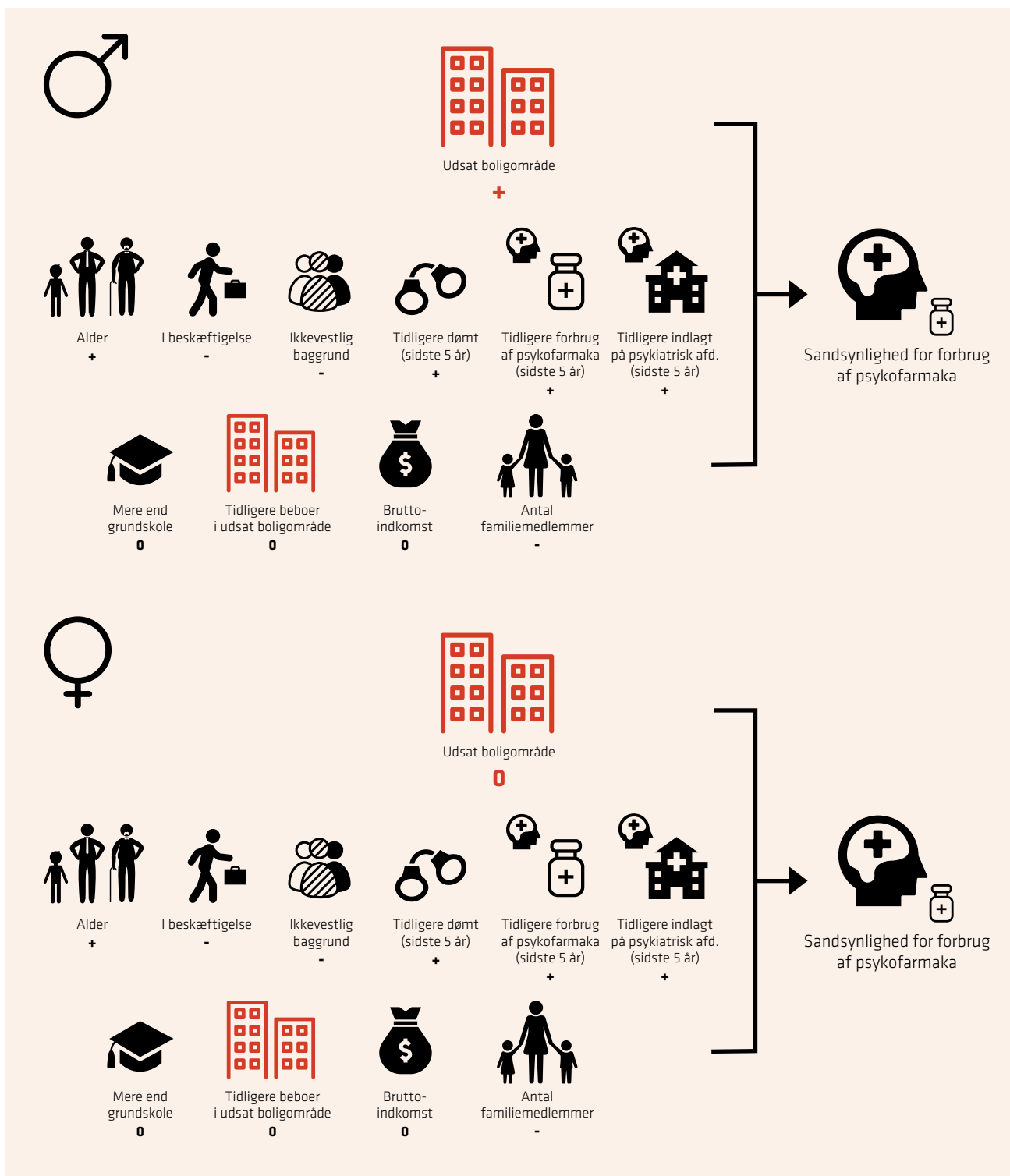
Ikke-udsatte boligområder



Anm.: Gennemsnitsværdierne er uden udsatte og ikke-udsatte boligområder fra København. I alt 6.569.178 observationer. I gennemsnit per år er der 343.730 og 21.225 personer i hhv. ikke-udsatte boligområder og udsatte boligområder. **Kilde:** Danmarks Statistik og egne beregninger.

× FIGUR 3.1

RESULTATERNE FRA EFFEKTTANALYSEN. FAKTORER, DER PÅVIRKER SANDSYNLIGHEDEN FOR AT FORBRUGE PSYKOFARMAKA FOR MÆND OG KVINDER.



Anm.: Ved (+) er der en positiv signifikant sammenhæng mellem den illustrerede faktor og sandsynligheden for at øge forbruget af psykofarmaka, og ved (-) er der en negativ signifikant sammenhæng. Ved (0) er der ingen statistisk sammenhæng. Både boligområde- og personlige karakteristika er målt, året før den anviste flytter til boligområdet. **Kilde:** Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og KKBA fra 1996-2013. I alt 41.498 observationer fordelt på 9.341 mænd og kvinder i alderen 23-55 år, som KKBA tilbød en bolig fra 2000-2007. Detaljerede resultater er dokumenteret i Boje-Kovacs m.fl. (2018).