

Kort introduktion till

Psykisk ohälsa

Sekretariatet/KS, jan 2002

Inledning

Programberedningen ska tillsammans med verksamheten ta fram underlag till programöverenskommelse över psykisk ohälsa. Detta arbete har inriktning mot patienter med psykisk ohälsa och deras anhöriga. Hälso- och sjukvårdsberedningarna har också psykisk ohälsa som arbetsinriktning under år 2002 men ur ett medborgarperspektiv.

Att psykisk ohälsa är ett angeläget utvecklingsområde visar fler aktuella förslag från nationell nivå. Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården har som ett delområde fokuserat kring den psykiska hälsan¹. Bland annat föreslår regeringen insatser för att stärka stödet till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa, psykiskt funktionshindrade samt bättre samordnande insatser mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.

Flertalet av de föreslagna nationella folkhälsomålen berör åtgärder som i mer eller mindre utsträckning har till syfte att stärka den psykiska hälsan². Sådana exempel är:

Mål 1: Stark solidaritet och samhällsgemenskap

Mål 2: Stödjande sociala miljöer för individen

Mål 3: Trygga och jämlika uppväxtvillkor med delmål om en förbättrad psykisk hälsa hos barn och ungdom

Mål 4: Hög sysselsättning

Mål 5: God arbetsmiljö

Folkhälsokommittén ser den psykiska ohälsan vara ett angeläget folkhälso-
problem. Detta beror inte enbart på att den självrapporterade psykiska oron
bland befolkningen ökar utan också på att betydelsen av att ”må bra” stödjer
andra hälsofrämjande faktorer för en god folkhälsa. Om människor
upplever sin psykiska hälsa som god så minskar sår-
barheten för olika sjukdomar och påfrestningar.
Förslagen till nationella folkhälsomål är under be-
arbetning för proposition och blir sannolikt antag-
na under år 2002.

I regeringens budgetproposition inför år 2002 uppmärksammas behov av
insatser för att motverka den ökande sjukskrivningstendensen genom
11- punktsprogrammet. Målet för den insatsen är en strategi för ökad hälsa
i arbetslivet och att fler människor ska ges förutsättningar att förbli eller
återgå i arbete.

Allmänt om psykisk ohälsa

Nationella studier visar att psykisk ohälsa är en stor ohälsfaktor i dagens samhälle. Psykisk ohälsa orsakar stort lidande och medför omfattande sociala och ekonomiska konsekvenser för den som drabbas, anhöriga men också för samhället.

Det vida begreppet psykisk ohälsa innefattar allt från en allvarlig psykisk sjukdom till ett nedsatt psykiskt välbefinnande som exempelvis visar sig i form av att vi känner oss nedstämda eller oroliga. Den gemensamma utgångspunkten för programarbetet och folkhälsoarbetet är att psykisk ohälsa är ett övergripande begrepp som innefattar psykisk sjukdom, psykisk störning samt övrig psykisk ohälsa - subjektivt och självrapporterade psykiska symtom³.

- **Psykisk sjukdom**
- **Psykisk störning - diagnosticerade psykiska sjukdomar**
- **Övrig psykisk ohälsa - subjektivt upplevda och självrapporterade besvär av psykisk natur på olika nivåer.**

Socialstyrelsen

Grupperna psykisk sjukdom och psykisk störning omfattar till exempel olika former av psykoser, svårare tillstånd av ångest, depression och personlighetsstörningar. Dessa tillstånd kan diagnosticeras enligt sjukvårdens klassifikations-system för sjukdomar.

Gruppen ”övrig psykisk ohälsa - subjektivt självupplevda och självrapporterade besvär av psykisk natur som påverkar vårt allmänna välbefinnande” har en särskild relevans för folkhälsan och kan ses som indikator på vägar att söka öka det allmänna psykiska välbefinnandet i befolkningen. Ångest och oro, sömnproblem och ständig trötthetskänsla är ofta naturliga reaktioner på påfrestningar som inträffar i människors liv. När vi inte kan bemästra olika psykiska påfrestningar kan de utvecklas så att vi behöver söka hjälp inom sjukvården.

Psykisk ohälsa ut ett folkhälsoperspektiv

Att beskriva omfattningen och innebörden av ohälsa är en viktig del i hälso-politiken. Folkhälsobeskrivningar som förutom sjukdomars förekomst i befolkningen också innefattar värderingar av livskvalitet vid olika sjukdomstillstånd ger ökade möjligheter att göra jämförelser mellan olika sjukdomsgrupper. Ett sådant sätt att mäta folkhälsan, DALY, där olika aspekter på sjukdom vägs samman visar på andra perspektiv av folkhälsan^a. I denna metod tas hänsyn till förekomst, varaktighet, grad av funktionsnedsättning, dödlighet och ålder vid dödsfall för olika sjukdomsgrupper. Genom detta redovisningssätt ser vi att den psykiska ohälsan står för en stor andel av den totala sjukdomsbördan i befolkningen (tabell 1). Psykisk ohälsa är också grund för många förtidspensioneringar.

^a DALY är ett mått på sjukdomsbördan som väger samman olika aspekter på sjukdom, förekomst, varaktighet, grad av funktionsnedsättning, dödlighet och ålder vid dödsfall.

Tabell 1. Folkhälsoproblem enligt olika sätt att mäta. Olika sjukdomsgrupperns andel av olika ohälsomått. Källa Folkhälsorapport 2001.

		Andel av för- lorade år före 65 års ålder, 1998	Andel med långvarig sjukdom, 16-64 år, 1999	Andel av ny- beviljade för- tidspensioner 16 - 64 år, 1999	Andel av DALYs ^b 15 - 64 år 1988-1995
Hjärt-kärl- sjukdomar	M	20,2	7,4	12,8	17,5
	Kv	12,7	5,8	5,3	8,9
Psykisk ohälsa	M	5,6	2,0	25,9	26,3
	Kv	2,2	3,1	22,9	32,0
Tumörer	M	21,6	0,4	3,2	12,6
	Kv	45,1	1,1	3,2	18,2
Rörelse- organen	M	0,3	13,0	31,1	7,0
	Kv	0,8	15,7	44,9	10,7

Sjukdom och livsförhållanden har ett komplext sambandsförhållande så till vida att längre tids sjukdom leder till sämre ekonomi, mer social isolering eller andra negativa påföljder samtidigt som det omvända kan förekomma nämligen att sämre ekonomi eller utsatta levnadsförhållanden kan leda till sämre livsstil och sämre hälsa. En nationell studie om samband mellan sjukdom och sociala förhållanden visar att riskerna för att ha dåligt socialt nätverk, ekonomiska problem och att vara arbetslös är klart högre bland de sjuka jämfört med bland de ”friska”⁴. Dessa negativa konsekvenser förefaller dessutom vara högre bland gruppen med psykiska störningar än andra sjukdomsgrupper.

Det finns en allmän uppgång i sjukskrivningar för psykiska besvär på hela arbetsmarknaden. En nyligen utgiven rapport från Riksförsäkringsverket med ögonblicksbild över förhållandena i februari 2000 visar att psykiska sjukdomar tillskrivs 23 procent av sjukskrivningarna mer än 59 dagar (24 procent bland kvinnor respektive 20 procent män)⁵. De vanligaste besvären inom denna grupp utgörs av depressioner, ångesttillstånd och stressreaktioner. Dessutom finns en grupp under beteckningen ”utbrändhet” som står för 3 procent av långtidssjukskrivningarna. Detta gör att sammantaget berör 26 procent av långtidssjukskrivningarna den psykiska hälsan. Psykiska besvär är relativt sett en betydligt vanligare sjukskrivningsorsak inom offentlig sektor än inom privat sektor. Störst andel sjukskrivna med psykiska besvär finner vi inom landstingssektorn⁶. Andelen med psykiska sjukdomar bland nya förtidspensionärer har ökat under 1990-talet och utgjorde under år 1998 underlag vid 23,5 procent av de nybeviljade förtidspensionerna medan sjukdomar i muskler och skelett fortfarande utgör den största gruppen (37 procent)⁷.

^b DALY är ett mått på sjukdomsburden som väger samman olika aspekter på sjukdom, förekomst, varaktighet, grad av funktionsnedsättning, dödlighet och ålder vid dödsfall.

Vårdkonsumtion för psykisk sjukdom eller störning

Under 1990-talet har kraftiga förändringar skett inom organisationen av psykiatrins verksamheter i Norrbottens läns landsting. Den psykiatriska verksamheten har inriktats mot mer öppenvård och mindre slutenvård med färre vårdplatser. Fler kan idag vårdas och stödjas i sitt egna boende inom psykiatrisk öppenvård.

Vägledande för strukturförändringarna inom psykiatrin har varit Ädelpsyk-reformen (1995), den statliga Psykiatriutredningen (1997) samt landstingets egna styrdokument ”Psykiatri 2000” (LFU § 10/96).

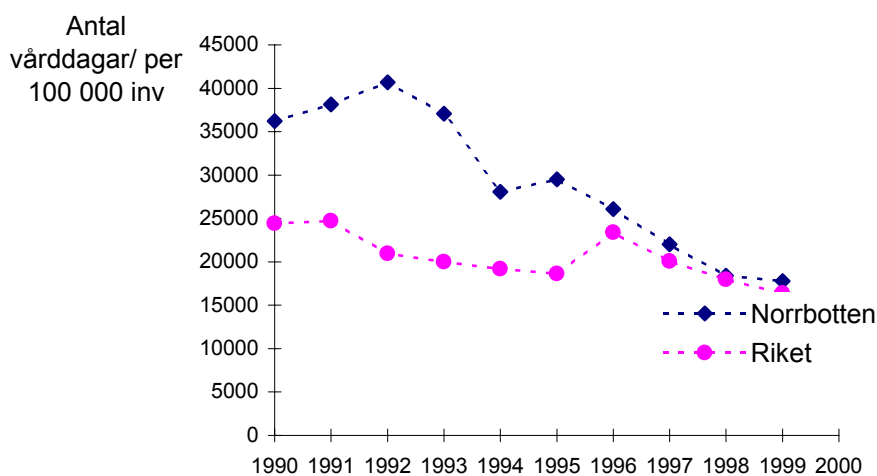
Detta förändringsarbete, som fortfarande pågår, gör att uppgifter utifrån vårdproduktionen över tiden måste tolkas med försiktighet.

Ett exempel på förändringarna är att antalet vårdplatser inom psykiatrisk vård inom Norrbottens läns landsting har minskat från 403 platser år 1992 ned till 191 år 2000. Detta är en neddragning med dryga 50 procent under mindre än en tioårsperiod. Det kan också vara bidragande orsaken till att Norrbotten idag och relaterat till befolkningen ligger mer i samma nivå som riket i genomsnitt när det gäller vårdkonsumtion mätt som utskrivna patienter från sjukhus inom psykiatrins medicinska verksamhetsområde (tabell 2).

Tabell 2. Från slutenvård utskrivna patienter per 100 000 invånare under huvuddiagnosen psykiska sjukdomar, Norrbotten och riket, 1990 och 1999. Källa: Socialstyrelsen, Hälsa- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2001.

	MÄN		KVINNOR	
	1990	1999	1990	1999
Norrbotten	858	661	804	562
Riket	833	651	768	561

Analogt med minskande antal vårdplatser inom slutenvård har antalet vård-dagar minskat under 1990-talet (figur 1).



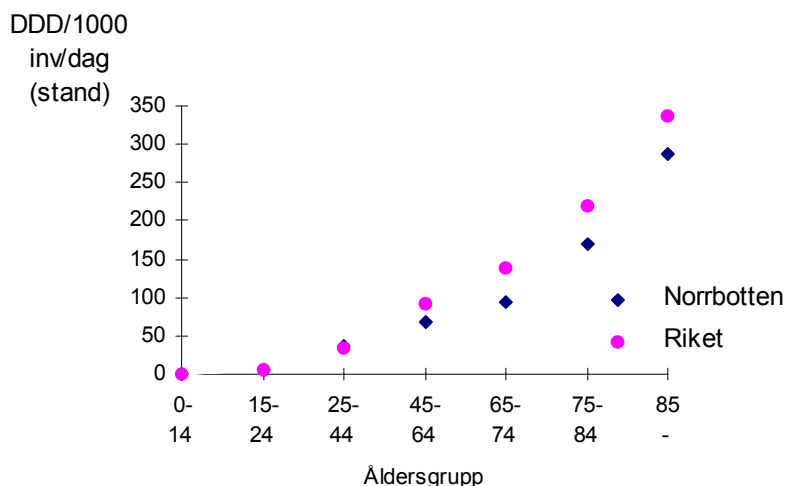
Figur 1. Antalet vård dagar för psykisk störning per 100 000 invånare, män och kvinnor. Källa: Landstingsförbundet Sjukvårdsdata i fokus.

Öppenvårdsbesöken inom landstingets vuxenpsykiatri för år 2000, som totalt var närmare 61 100, visar att de flesta besöken (58 procent av samtliga besök) gjordes av personer mellan 25 och 44 år⁸.

Inom psykiatri handläggs också rättspsykiatriska utredningar samt vård och rehabilitering för dem som döms till psykiatrisk tvångsvård. Under åren 1995, 1997 och 1999 har från Norrbotten till Socialstyrelsen inrapporterats 229, 244 respektive 238 avslutade ärenden enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård⁹.

Läkemedel relaterat till psykisk ohälsa

Jämförelsevis förskrivs mindre läkemedel för sjukdomar eller besvär relaterad till psykisk ohälsa i Norrbottens län i jämförelse med riket i genomsnitt (figur 2). Detta kan naturligtvis bero på flertalet orsaker. Är norrbottningarna ”friskare” dvs behovet mindre, finns lokala sjukvårdstraditioner eller ”förskrivningskultur”, jämförelsevis färre personer som sökt sjukvård för psykiska besvär, utbudet mindre, färre läkare osv.



Figur 2. Försäljningen av neuroleptika, lugnande medel och sömnmedel år 2000. DDD (Definierad dygnsdos) är den genomsnittliga dygnsdosen. Källa: Landstingsförbundet, Sjukvårdsdata i fokus.

Subjektivt upplevda och självrapporterade besvär av psykisk natur på olika nivåer

Vuxna

Ängest och oro, sömnproblem eller trötthet är naturliga reaktioner på påfrestningar som inträffar i människors liv. Dessa indikationer har visat sig vara en slags temperaturmätare på det psykiska välbefinnande i befolkningen men de har också ett sammanhang med faktorer i samhällsutvecklingen och berör människornas livssituation. I SCB:s återkommande under-

sökningar av levnadsförhållanden har det visat sig att andelen personer som besvärar av ängslan, oro eller sömnproblem är stigande (tabell 3).

Tabell 3. Andel som besväras av nervositet, oro, ångest eller sömnbesvär i Sverige 16-44 år 1980-1999. Källa: Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan, SOU 2000:91.

	Kvinnor			Män		
	1980-81	1988-89	1998-99	1980-81	1988-89	1998-99
Unga 16 -24 år	17,6	15,9	34,2	10,2	8,1	22,3
Arbetare och lägre tjänstemän, 25-44 år	19,9	19,9	33,7	15,5	16,0	25,0
Tjänstemän på mellan och hög nivå, 25 - 44 år	16,5	16,9	28,9	12,0	12,2	21,6

Studier visar att en stor del som söker primärvården har psykiska och psykosociala problem. Även om distriktsläkare uppskattar att ca en tredjedel av patienterna har besvär som har en psykisk eller psykosocial orsak är det endast 10 procent som har sådana besvär som leder till en psykiatrisk diagnos och en mindre del av dessa remitteras till psykiatri¹⁰. Primärvårdspatienternas psykiska besvär ses som ett växelspel av psykologisk sårbarhet, yttre stress och bristande socialt nätverk.

Barn och ungdom

Svenska barn har generellt sett en god fysisk hälsa samtidigt som studier av 11-åringar visar på en ökning av symtom som har anknytning till psykisk ohälsa¹¹. Det rör sig om symtom som huvudvärk, sömnsvårigheter och nedstämdhet. I skolåldern visar sig symtomen ofta vara olika mellan pojkar och flickor. Flickorna har mer inåtgående symtom, (oro, nedstämdhet osv) medan pojkarna är mer utagerande (hyperaktiva, koncentrationssvårigheter osv). Enligt Barnpsykiatriutredningen från 1998 har 5 till 10 procent av alla barn så uttalade problem att deras dagliga liv påverkas väsentligt¹².

Barn och ungdomar som inte har goda sociala relationer till vänner och till föräldrar har ett lägre psykiskt välbefinnande och oftare psykosomatiska besvär¹³. Psykosomatiska besvär (t ex huvudvärk, sömnproblem, ont i magen) är inte ovanligt även bland barn som inte uppnått puberteten. Nära var fjärde i åldern 10 - 18 år uppger sig ha huvudvärk varje vecka, var tredje har sömnproblem och var femte har ont i magen. Det finns också en skillnad när det gäller hälsofrämjande vanor och barnets sociala och ekonomiska familjebild.

Referenslista

- ¹ Nationella handlingsplanen, proposition 1999/2000:149.
- ² Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan, SOU 2000:91.
- ³ Borgå P, Vad är psykisk sjukdom, störning, ohälsa och psykisk frisk? Socialstyrelsen frågar de vetenskapliga råden, Psykiatriutredningen 1997:20.
- ⁴ Lindholm, Diderichsen 1997, Folkhälsorapport 2001.
- ⁵ Lidvall U, Riksförsäkringsverket, Långtidssjukskrivna . diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete, RFV redovisar 2001:11.
- ⁶ Lidvall U, Riksförsäkringsverket, Sjukskrivningar för psykiska besvär inom offentlig sektor.
- ⁷ Höög J, Stattin M, Förtidspensionärer i ett tioårsperspektiv. En jämförelse av de nya förtidspensionärerna 1988, 1993 och 1998, Arbetslivsinstitutet, Arbetet och hälsa i vetenskaplig skriftserie nr 2001:11.
- ⁸ Norrbottens läns landsting, Business objects, verksamhetsstatistik för år 2000. Notera att en och samma person kan finnas med fler gånger.
- ⁹ Socialstyrelsen, Regionala tillsynsenheten, muntliga uppgifter.
- ¹⁰ Rapport från arbetsgruppen för psykisk hälsa till Nationella folkhälsokommittén, 1999.
- ¹¹ Delbetänkande av nationella folkhälsokommittén, Hälsa på lika villkor SOU 1999:137.
- ¹² Barnpsykiatriutredningen SOU 1998:31.
- ¹³ Barn och ungdomars välfärd, Kommittén Välfärdsbokslut SOU 2001:55.