



# ***Psykisk ohälsa***

***- omfattning och utbredning bland  
invånarna i Västra Götaland***

---

**Hälsa- och sjukvårdsavdelningen  
Analysenheten  
december 2006**



<b>1 Uppdrag</b> .....	<b>4</b>
<b>2 Allmänt om psykisk ohälsa</b> .....	<b>5</b>
2.1 Begrepp.....	5
2.2 Nuläge.....	7
2.2.1 Översiktligt.....	7
2.2.2 Barn och skolungdomar.....	8
2.2.3 Yngre vuxna.....	9
2.2.4 Äldre.....	9
2.3 Utvecklingen i ett samhällsperspektiv.....	10
<b>3 Datakällor</b> .....	<b>11</b>
<b>4 Självs kattad psykisk ohälsa</b> .....	<b>12</b>
4.1 Utfall.....	12
4.1.1 Nuläge.....	12
4.2 Bedömning.....	15
<b>5 Psykisk ohälsa och sjukvårdsnyttjande</b> .....	<b>16</b>
5.1 Utfall.....	16
5.1.1 Nuläge.....	17
5.2 Bedömning.....	20
<b>6 Psykofarmaka – försäljning och självrapporterad konsumtion</b> .....	<b>21</b>
6.1 Utfall.....	22
6.1.1 Nuläge.....	22
6.1.2 Utveckling.....	26
6.2 Bedömning.....	27
<b>7 Pågående långa sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnos</b> .....	<b>28</b>
7.1 Utfall.....	28
7.1.1 Nuläge.....	28
7.1.2 Utveckling.....	32
7.2 Bedömning.....	33
<b>8 Självmordstankar, självmordsförsök och självmord</b> .....	<b>35</b>
8.1 Utfall.....	36
8.1.1 Nuläge.....	36
8.1.2 Utveckling.....	40
8.2 Bedömning.....	42
<b>9 Slutsatser</b> .....	<b>43</b>
<b>BILAGA 1 Uppdragshandling</b> .....	<b>47</b>

## 1 Uppdrag

I budget för 2006 anges att regionen ska sammanställa epidemiologiska data för psykisk ohälsa i Västra Götaland. Regionstyrelsen beslöt den 21 juni 2005 att ge hälso- och sjukvårdsutskottet i uppdrag att verkställa detta.

Huvudansvaret för att genomföra arbetet har hälso- och sjukvårdsdirektören tilldelat hälso- och sjukvårdsavdelningens analysenhet. Se bifogad uppdragshandling.<sup>1</sup> Redovisning för hälso- och sjukvårdsutskottet ska ske i november månad 2006.

Av uppdragshandlingen kan utläsas att sammanställningen ska ge en överskådlig bild av den psykiska ohälsan i ett befolkningsperspektiv. Det innebär att ge en bild av den psykiska ohälsans omfattning och spridning inom olika grupper av befolkningen. Syftet är inte att ge en bild av sjukvårdens produktion av psykiatrisk vård inom VGR.

Vidare framgår att följande frågor ska besvaras:

- Hur omfattande är den psykiska ohälsan uppdelad på kön och åldersgrupper?
- Hur har den psykiska ohälsan utvecklats under senare år?
- Hur omfattande är de diagnostiserade psykiska störningarna/psykiatriska tillstånden och de psykiska funktionshindren i olika kön - och åldersgrupper?
- Finns det några betydande inomregionala skillnader i psykisk ohälsa?
- Hur ser den psykiska ohälsan ut i Västra Götaland jämfört med riket?
- Vilka är de viktigaste påverkansfaktorerna för psykisk ohälsa enligt nu tillgänglig kunskap och hur har dessa utvecklats under senare år?

Arbetet har bedrivits inom analysenheten vid hälso- och sjukvårdsavdelningen. Rapporten har skrivits av Anders Lindgren och Anna Kjellström, med hjälp av ett redaktionsutskott bestående av Stephan Ehlers och Bengt Kron. För framtagning av underlagsmaterial har följande personer anlåtats: Stephan Ehlers, Pia Ekbom-Johansson, Owe Gebäck (Försäkringskassan), Bo Ivarsson, Jan Maesel, Per Nordin, Tove Olofsson och Barbara Rubinstein.

Arbetet har fortlöpande stämts av med en referensgrupp där följande personer ingått: Stephan Ehlers, Pia Ekbom-Johansson, Owe Gebäck (Försäkringskassan), Bo Ivarsson, Daniel Pollack, Barbara Rubinstein och Ingmar Skoog (Sahlgrenska Akademin). Värdefulla synpunkter har dessutom erhållits från Christina Edward vid läkemedelsenheten, vad gäller psykofarmaka.

Denna rapport redovisar kortfattat de viktigaste resultaten. De läsare som önskar en utförligare redovisning av datakällor, utfall och bedömningar hänvisas till en underlagsrapport som finns tillgänglig på analysenhetens hemsida.

---

<sup>1</sup> Uppdragshandling – Epidemiologisk beskrivning av psykisk ohälsa i Västra Götaland, Dnr RSK 95-2006

## 2 Allmänt om psykisk ohälsa

En individs psykiska tillstånd beror ytterst på tre förhållanden:

- biologisk eller kroppslig konstitution
- kognitiv förmåga att förstå och tolka omvärlden
- miljöns utformning socialt och materiellt

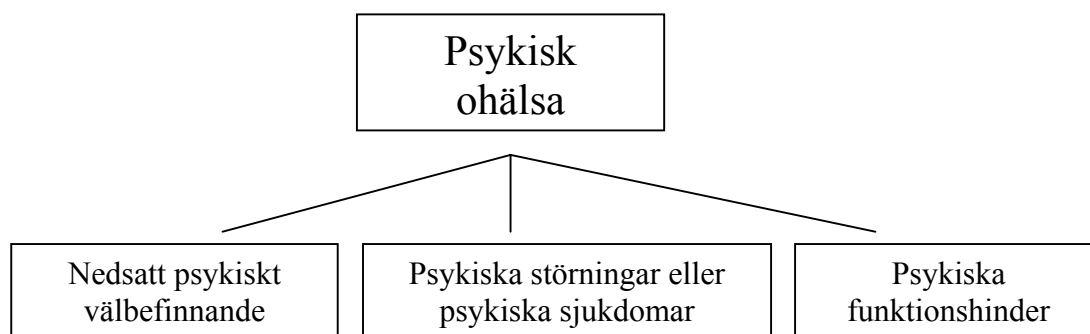
I de flesta fall råder balans mellan dessa tre förhållanden, så att vardagen kan hanteras. Det är när denna balans rubbas som det uppstår stress och i förlängningen ohälsa. Förmågan att hantera stress varierar mellan människor, beroende både på individernas egna resurser i vid mening och på emotionellt, socialt och materiellt stöd från omgivningen.

Ur ett folkhälsoperspektiv är det angeläget att också understryka att människor i olika samhällsskikt exponeras för olika sociala och ekonomiska villkor. Skiljer gör därmed även förutsättningarna att påverka och kontrollera den egna livssituationen. Positionen i samhället ger inte bara olika status utan har även stor inverkan på hälsa, sjukdom och livslängd.<sup>2</sup>

Under senare år har mycket uppmärksamhet ägnats åt arbetslivsrelaterad psykisk ohälsa. Detta bland annat beroende på ökat antal sjukskrivningar till följd av utbrändhet; utmattningssyndrom: oförmåga att reagera känslomässigt normalt inför vardagliga påfrestningar och att återhämta sig efter vila. ”Batterierna går inte längre att ladda om”. Man vet idag inte hur omfattande dessa olika tillstånd är i befolkningen. Det är svårt att avgränsa dem mot t ex depression av mer eller mindre psykiatrisk valör.<sup>3</sup>

### 2.1 Begrepp

I nedanstående figur och text redovisas de begrepp som förekommer i rapporten och hur de definierats.



<sup>2</sup> Michael Marmot. Status syndromet - Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden. Natur och kultur, 2006

<sup>3</sup> Folkhälsorapport 2005. Socialstyrelsen 2005, artikelnummer 2005-111-4.

”*Psykisk ohälsa*” är ett diffust begrepp. Detta tydliggörs i Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsrapport 2005.<sup>4</sup> Här konstateras att psykisk ohälsa ”enligt förekommande synsätt” omfattar allt från psykiska sjukdomar, som t.ex. psykos och depression, till lättare psykiska problem som t ex ångest, sömnproblem. Samma synsätt präglar Socialstyrelsens Folkhälso-rapport 2005.<sup>5</sup> Följer gör att psykisk ohälsa i föreliggande redovisning används som ett överordnat begrepp.

”*Nedsatt psykiskt välbefinnande*” är en av många beteckningar som används för lättare psykiska problem som orsakar personligt lidande. Det vill säga psykiskt lidande som inte utgör psykisk störning/psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder (se nedan) och som vanligen inte kvalificerar för ”psykiatrisk diagnos”. Förekomsten i befolkningen beräknas vanligen via enkäter, s.k. självskattningsformulär, eller intervjuundersökningar. Men det bör observeras att sådana mätningar inte enbart fångar lättare psykiska besvär. Andra beteckningar för lättare psykiska problem – vilka inte används i denna rapport – är ”*illabefinnande*”, ”*onormalt psykiskt tillstånd*”.

”*Psykiska störningar eller psykiska sjukdomar*” är något distinktare som begrepp betraktat. Det avser psykotiska tillstånd, psykiska syndrom och grava beteendestörningar. Tillstånd som individen har små möjligheter att själv påverka och som normalt fordrar behandling för att han/hon ska kunna tillfriskna. I denna rapport används klassificeringssystemet ICD 10, kapitel V (F00-F99) samt ett antal särskilt utvalda diagnoser inom kapitel 18 för att ringa in ”psykiska störningar eller psykiska sjukdomar”.

”*Psykiska funktionshinder*” betecknar de hinder som tillkommer psykiskt långtidssjuka. ”En person har ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och om dessa begränsningar funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna skall vara en konsekvens av psykisk störning.”<sup>6</sup> Det handlar alltså om långvarig, medfödd eller genom sjukdom/skada förvärvad nedsättning av psykiska funktioner. Tillstånden kan vara förenade med ”sjukdomsinsikt”.

Det bör betonas att skiljelinjen mellan ”psykiska störningar eller sjukdomar” och ”nedsatt psykiskt välbefinnande” inte är självklar. I praktiken finns en gråzon mellan dessa båda grupper. För ”nedsatt psykiskt välbefinnande” föreligger dessutom avgränsningssvårigheter mot normala reaktioner på sorgliga händelser eller tillfällig tristess. Uppfattningen om var gränsen går mellan det ena och det andra påverkas av hur olika situationer tolkas. Det finns inga entydiga kriterier.

Men hur gränserna än preciseras, kan konstateras att de tre grupperna av psykisk ohälsa skiljer sig kraftigt åt i storlek vad gäller antal drabbade individer. Antalet personer som lider av ”nedsatt psykiskt välbefinnande” är betydligt fler än de som har ”psykiska störningar eller psykiska sjukdomar” som i sin tur är vida fler än de som har någon form av ”psykiskt funktionshinder”.

Ytterligare ett uttryck är ”*allvarlig psykisk störning*”. Det är det centrala begreppet i nuvarande lagstiftning, varmed avses tillstånd av samma svårighetsgrad som psykos, depressioner med självmordsrisk samt vissa personlighetsstörningar.<sup>7</sup> Begreppet används inte i denna rapport.

<sup>4</sup> Hälso- och sjukvårdsrapport 2005. Socialstyrelsen 2005, artikelnummer 2005-111-2.

<sup>5</sup> Folkhälso-rapport 2005. Socialstyrelsen 2005, artikelnummer 2005-111-4.

<sup>6</sup> Inriktning och arbetsplan för Nationell psykiatrisamordning under 2006. SOU Dnr 85/06

<sup>7</sup> Folkhälso-rapport 2001, Socialstyrelsen 2001

## 2.2 Nuläge

### 2.2.1 Översiktligt

Den psykiska ohälsan i Sverige har beskrivits i ett flertal olika rapporter med olika syften. Vad gäller översiktligt perspektiv torde Socialstyrelsens folkhälsorapporter för år 2005 och 2001 vara mest auktoritativa. Vissa av uppgifterna i dessa dokument bör dock mer uppfattas som skattningar/beräkningar än precisa mätvärden. Främst till följd av den avgränsnings- och mätproblematik som vidlåder psykisk ohälsa. Här kan bl.a. utläsas att:

- mellan 20-40 procent av befolkningen uppskattas lida av psykisk ohälsa, allt från allvarigare sjukdomstillstånd till lättare psykiska problem
- 10-15 procent av personer med psykisk ohälsa har psykiska störningar som innebär att de kan behöva psykiatrisk behandling
- personer med ”psykiska funktionshinder” utgör mellan 0,7 och 1 procent av den vuxna befolkningen
- 3-4 procent av befolkningen söker psykiatrisk vård under ett år
- de allvarligaste psykiska sjukdomarna, t ex psykoser, inte förändras över tid vad gäller andel av befolkningen
- andelen döda i självmord är klart lägre idag än för 15 år sedan, medan antalet ”självordsförsök eller annan självtillfogad skada” är konstant, utom i åldersgruppen 15-24 år där de ökat
- antalet ”självordsförsök och andra självtillfogade skador” är betydligt vanligare än genomförda självmord, 10-15 gånger vanligare bland män och 15-20 gånger vanligare bland kvinnor
- psykiska besvär av typen oro, ångest, sömnproblem och ständiga trötthetskänslor – är mer utbredda idag än för 15 år sedan
- psykiska besvär bland yngre vuxna, i form av missbruk, psykiatriska diagnoser, självmordsförsök/annan självtillfogad skada och självdeklarerad psykisk hälsa, är betydligt mer utbredd än för 15 år sedan.
- människor som är socialt utsatta på grund av arbetslöshet, svag ekonomi och/eller har bostadsproblem oftare har psykiska problem än de som har god ekonomi, socialt stöd och ordnat boende. (2001)
- personer med utländskt ursprung<sup>8</sup> och ensamstående med barn under 18 år oftare har psykiska besvär än övriga befolkningen
- låg utbildningsnivå är utslagsgivande för psykiska besvär bland både män och kvinnor (2001)
- andelen invånare med psykiska besvär är något högre i storstadsområdena än i övriga landet

---

<sup>8</sup> Utrikes födda eller inrikes födda med två utländska föräldrar

Den psykiska ohälsans utbredning är omfattande. I 2002 års folkhälsoproposition framhålls psykisk ohälsa som ett av de största folkhälsoproblemen i dag.<sup>9</sup> Enligt den svenska Lundbystudien är livstidsrisken för en kvinna att få depression 49 procent och för en man 28 procent.<sup>10</sup> Av detta följer att bristande psykiskt välbefinnande är en god indikator på framtida konsumtion av psykiatrisk vård. Till detta ska tilläggas att psykisk ohälsa också medför en betydande konsumtion av somatisk sjukvård.

Psykisk ohälsa innebär också ökad risk för självmord, även om risken fortfarande måste betecknas som liten för dem som drabbats av bristande psykiskt välbefinnande. Likväl är det tre gånger så många som tar sitt liv som omkommer i trafiken. Självmord är oftast en onödig dödsorsak. Det kan ofta förebyggas och är ett fortsatt angeläget område för förbättringsinsatser. Önskan att få hjälp är hos de flesta självmordsnära personer betydligt starkare än önskan att dö.<sup>11</sup>

### 2.2.2 Barn och skolungdomar

Svenska barn och skolungdomar (0-15 år) har enligt litteraturen en mycket god hälsa. I Europeiska intervjuundersökningar framstår de som friskast och mest nöjda med livet. Men psykosomatiska symptom som t ex ont i magen, ont i huvudet och sömnbesvär ökar fortlöpande sedan mitten av 1980-talet.

Ökningen av psykisk ohälsa bland skolungdomar är inte något isolerat svenskt fenomen.<sup>12</sup> Även i andra höginkomstländer ökar dessa problem. Men en jämförande studie av 15-åringar i 11 europeiska länder 1986-2002 tyder på att utvecklingen är tydligast i Sverige. Undersökningen visar också att ungdomarnas psykiska besvär år 2002 är mer omfattande i vårt land än i de flesta av de 11 länderna.

Barn i hushåll med utsatt ekonomisk situation löper ökad risk för olika former av ohälsa däribland psykisk ohälsa.

I denna rapport har den psykiska ohälsan bland barn och skolungdomar i Västra Götaland inte beskrivits på ett tillräckligt ingående sätt. Detta på grund av svårigheterna att sammanställa regiongemensam statistik av önskvärd typ inom ramen för den tid som stått till förfogande. Beskrivningen av barns psykiska ohälsa begränsas nu till vårdnyttjande och psykofarmaka uthämtade vid apotek, vilket i sammanhanget framstår som något ”trubbiga” mått. Det mesta talar emellertid för att utvecklingen i Västra Götaland stämmer väl överens med vad som ovan framhållits om utvecklingen i riket.

---

<sup>9</sup> Prop. 2002/03:35

<sup>10</sup> Rorsman m fl 1990

<sup>11</sup> Folkhälsorapport 2005. Socialstyrelsen 2005, artikelnummer 2005-111-2.

<sup>12</sup> Sven Bremberg, Ungdomars Stress och psykiska ohälsa, SOU 2006:77

### 2.2.3 Yngre vuxna

Den psykiska ohälsa som enligt Folkhälsorapporten kräver störst uppmärksamhet ur ett folkhälsoperspektiv är den bland unga; yngre vuxna, varmed närmast avses åldersgrupperna 16-24, 25-34.

För dessa åldersgrupper har den psykiska hälsan försämrats anmärkningsvärt – särskilt för kvinnor. I den senaste ULF-undersökningen 2002/2003 är andelen yngre kvinnor som uppger lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest lika hög som för kvinnor i åldersgruppen 65–84 år, dvs omkring var fjärde person.<sup>13</sup> I ULF-undersökningen 1988/89 var motsvarande värden 7-8 procent respektive 23 procent. Även för de yngre männen del märks en tydlig utjämning mellan åldersgruppernas värden, om än på en lägre nivå.

Förlusten av arbetstillfällen i samband med 1990-talskrisen har nästan bara drabbat yngre vuxna, medan andra åldersgrupper påverkats endast i begränsad omfattning.<sup>14</sup>

Under de senaste decennierna har antalet vårdtillfällen inom den psykiatriska slutenvården minskat. Detta gäller dock inte åldersgruppen 16–24 år. I en nyligen avlämnad rapport av regeringens enmansutredare Sven Bremberg framgår att bilden är den motsatta.<sup>15</sup> Allt fler ungdomar sjukhusvårdas för depression och ångest. ”Under perioden 1980-2003 ökade antalet vårdtillfällen för kvinnor i åldern 15–19 år med dessa problem åtta gånger. Det har också blivit vanligare att män 15-19 år och 20-24 år sjukhusvårdas för depression och ångest. Däremot tyder inte slutenvårdsstatistiken på att schizofreni blivit vanligare i ungdomsgruppen”.

### 2.2.4 Äldre

Depression är den vanligaste enskilda orsaken till psykisk ohälsa bland äldre personer (65 år och äldre). Mellan 12–15 procent av de äldre i ordinärt boende har någon form av depressiva symptom. Det är framförallt kroppsliga sjukdomar, demens, stressande livshändelser (t ex nära anhörigs dödsfall) och ”svagt socialt nätverk” (ensamhet; isolering) som bidrar till detta.

ULF-undersökningarna visar att ”nedsatt psykiskt välbefinnande” i form av ängslan, oro och ångest uppges av äldre kvinnor i betydligt större utsträckning än av äldre män. Med stigande ålder ökar frekvensen för båda könen. I åldersgruppen 65-79 uppgår 14 procent av männen och 27 procent av kvinnorna att de känner sig psykiskt nedsatta.<sup>16</sup> Motsvarande värden i åldersgruppen 80 år och äldre är 24 procent respektive 36 procent. Över tid har det dock inte skett några större förändringar i andelen äldre som uppger psykiska problem av detta slag.

Enligt Svensk Psykiatrisk förening har åtskilliga äldre kontakt med sjukvården utan att få sina psykiska problem uppmärksammade. Detta beroende på att medicinska utredningar i första hand inriktas på kroppsliga sjukdomar.<sup>17</sup>

<sup>13</sup> Undersökningar om levnadsförhållanden, ULF, Statistiska Centralbyrån

<sup>14</sup> Sven Bremberg. Ungdomars Stress och psykiska ohälsa, SOU 2006:77

<sup>15</sup> Sven Bremberg. Ungdomars Stress och psykiska ohälsa, SOU 2006:77

<sup>16</sup> Undersökningar om levnadsförhållanden, ULF 2002/03, Statistiska Centralbyrån

<sup>17</sup> Folkhälsorapport 2005, Socialstyrelsen

### **2.3 Utvecklingen i ett samhällsperspektiv**

Insatserna för att lindra och komma tillrätta med olika former av psykisk ohälsa har de senaste 50-60 åren förbättrats väsentligt.

Förbättringarna har främst skett på den medicinska och naturvetenskapliga sidan, där möjligheterna att förebygga, diagnostisera eller bota psykisk ohälsa blir allt större. Även på den beteendevetenskapliga sidan har det skett framsteg vad gäller hjälp åt personer med psykisk ohälsa.

ULF-undersökningarna visar att psykisk ohälsa i form av ängslan, oro, ångest ökade med nära 60 procent mellan 1989 och 1994.<sup>18</sup> I flera åldersgrupper ökade ohälsan även under 1990-talets andra hälft, mest bland yngre. Bland äldre skedde ingen större förändring. Psykisk ohälsa ökade i omfattning under 1990-talet betydligt mer än annan typ av ohälsa.

Kommittén för välfärdsbokslut har visat att det under 1990-talet skedde en markant ökning av antalet personer som anser sig ha svårt att få pengarna att räcka till löpande utgifter för mat, hyra m.m. Så också av dem som saknar ekonomisk buffert vid händelse av oförutsedd utgift. Frekvenserna låg kvar på en hög nivå ännu 1997/98.<sup>19</sup> Ensamstående med barn, unga vuxna, arbetslösa och utrikes födda var de grupper som hade störst ekonomiska svårigheter.

Ansvariga för ULF-undersökningarna konstaterar att utvecklingen under 1990-talet bidragit till den ökande psykiska ohälsa som vi idag ser bland yngre vuxna: ”SCB’s undersökningar visar att ökande arbetskrav, otrygga inkomster och anställningsförhållanden under 90-talet nu följs av psykosomatiska problem (sömlöshet, ängslan, oro och huvudvärk) med långtids-effekter för hälsan”.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> Socialdepartementet. SOU 2000:41, sid 36-37.

<sup>19</sup> SOU 2000:41, sid. 36

<sup>20</sup> Joachim Vogel m.fl. SCB. DN debatt 2006.11.01.

### 3 Datakällor

Följande datakällor utgör underlag för denna rapport:

*Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" 2005*: Ett 70-tal frågor totalt, 16 253 svarande personer i åldrarna 16-84 år i Västra Götaland (62% svarsfrekvens).

*Vårdatabasen Vega 2001-2005*: Samlad individbaserad vårddata från Västra Götalandsregionens olika vårddataregister.

*Patientregistret 1987-2003, (Socialstyrelsen)*: Slutenvårdsstatistik för hela riket (självordsförsök/självtillfogad skada i detta fall), via NASP (Nationellt Centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa)

*Apotekets databas X-plain 2003-2006*: Försäljningsvolymmer av läkemedel, ej individbaserade.

*Försäkringskassans statistik 2003-2005*: Sjukskrivningsstatistik samt statistik över sjuk-/aktivitetsersättningar.

*Dödsorsaksregistret 1987-2003, (Socialstyrelsen)*: Alla svenska dödsfall samt dödsorsaker.

## 4 Självs kattad psykisk ohälsa

### SAMMANFATTNING

Resultat från folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor 2005” i Västra Götaland:

- Andelen invånare med psykisk ohälsa är i nivå med riket som helhet
- 16 procent av männen och 21 procent av kvinnorna har ”nedsatt psykiskt välbefinnande”
- Kvinnorna har i högre utsträckning än männen också besvär med sömn, huvudvärk, stress och ängslan/oro/ångest
- 7 procent av männen och 3 procent av kvinnorna har ”riskabla” alkoholvanor och spelvanor. För männens del är värdet högre än riksgenomsnittet
- Bland kvinnor minskar ”nedsatt psykiskt välbefinnande” och ängslan/oro/ångest med stigande ålder
- I åldersgruppen 16-24 år har en tredjedel av kvinnorna ”nedsatt psykiskt välbefinnande” och i åldersgruppen 25-44 år en fjärdedel. Motsvarande värde för männen är i båda fallen en sjättedel
- Sömnsvårigheter är vanligast i åldersgruppen 45-64 år
- Sysselsättning, födelseland och ekonomi har stor betydelse för omfattningen av ”nedsatt psykiskt välbefinnande” enligt nationella data – inget tyder på att Västra Götaland skulle avvika från detta mönster
- Kvinnorna i Nordöstra Göteborg (HSN 12), Göteborg Hisingen (HSN 11) och Trestad (HSN 3) har sammantaget högst psykisk-ohälsa-värden i länet
- För männens del är det Nordöstra Göteborg (HSN 12) som sammantaget har högst psykisk-ohälsa-värden.
- Låga värden har Västra Skaraborg (HSN 9), kvinnorna i Östra Skaraborg (HSN 10) samt männen i Mellersta Bohuslän (HSN 4)
- Andel personer med ängslan/oro/ångest har ökat över tid i Sverige, sannolikt även i Västra Götaland.

### 4.1 Utfall

Folkhälsoenkäten omfattar ett urval om cirka 16.000 invånare i Västra Götaland i åldern 16-84 år.

#### 4.1.1 Nuläge

- *Allmänt*

Tabell 1 visar hur de svarande i Västra Götaland och riket skattar symtom hos sig själva som tyder på psykisk ohälsa.

Tabell 1

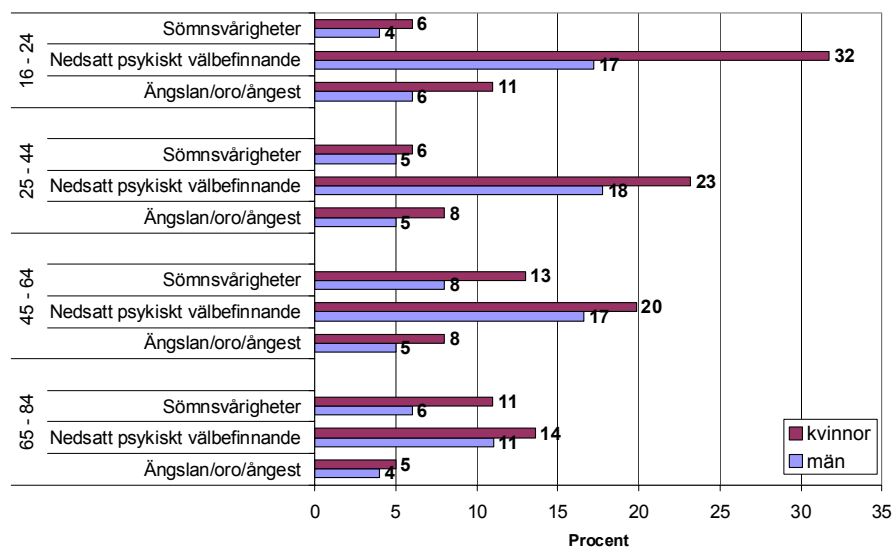
	VG %		Riket %	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Svåra besvär av sömnsvårigheter	6	9	5	7
Lätta eller svåra besvär av huvudvärk	16	21	15	21
”Nedsatt psykiskt välbefinnande” (GHQ12)	16	21	15	21
Ganska eller mycket stressade	12	17	11	16
Svåra besvär av ängslan/oro/ångest	5	8	4	6
”Riskabla alkoholvanor”	20	10	16	10
”Riskabla spelvanor” (enbart spel om pengar)	7	3	4	2

Källa: Folkhälsoenkäten 2005

- *Åldersgrupper*

Diagram 1 visar andelen västragöotalänningar i enkäten som uppger svåra besvär av sömnsvårigheter, ”nedsatt psykiskt välbefinnande”, samt svåra besvär av ångslan/oro/ångest år 2005, uppdelat på kön och åldergrupper. Framgår gör att ”nedsatt psykiskt välbefinnande” och ångslan/oro/ångest bland kvinnor minskar med stigande ålder.

Diagram 1



Källa: Folkhälsoenkäten 2005

- *Sysselsättning mm*

Sysselsättning och födelse-land har stor betydelse för psykiskt välbefinnande. Data från nationella folkhälsoenkäten visar att andelen personer som uppger ”nedsatt psykiskt välbefinnande” är högre bland långtidssjukskrivna (kvinnor: 61%, män: 55%), arbetslösa (kvinnor: 27%, män: 32%), förtidspensionärer (kvinnor: 50%, män: 28%), än bland yrkesarbetande. ”Nedsatt psykiskt välbefinnande” är också vanligare bland personer födda utanför Sverige. Lägst andel besvär av denna typ noteras för ålderspensionärer. Ekonomin har också betydelse. Låginkomsttagare uppger ”nedsatt psykiskt välbefinnande” i större utsträckning än höginkomsttagare (kvinnor: 26%, män: 24%). Personer i ekonomisk kris mår i samma mening sämre än personer med stabil ekonomi (kvinnor: 37%, män: 38%).

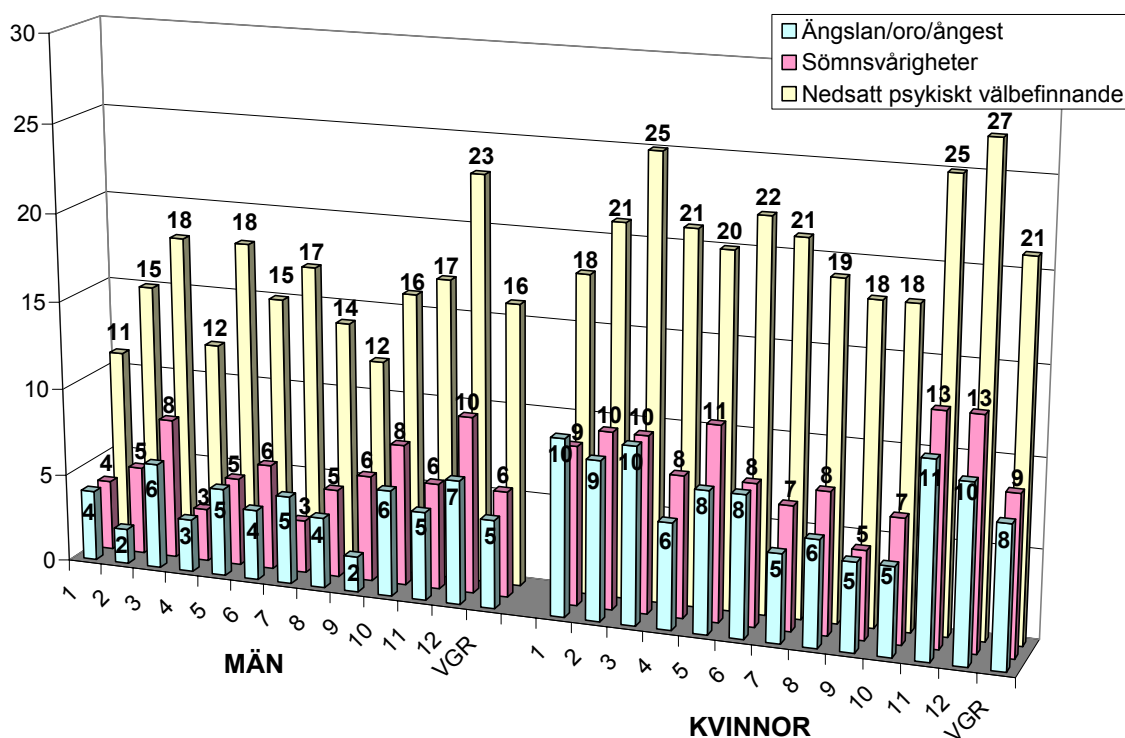
Vidare visar nationella data att ”nedsatt psykiskt välbefinnande” var vanligast bland kvinnor med lång utbildning. Och att det var minst vanligt bland kvinnor med mellanlång utbildning. För män var mönstret något annorlunda. Män med kort utbildning hade ”nedsatt psykiskt välbefinnande” i större utsträckning än män med mellanlång eller lång utbildning.

Svåra besvär av ångslan/oro/ångest och sömnsvårigheter är i Västra Götaland vanligare bland arbetare än bland tjänstemän. För ”nedsatt psykiskt välbefinnande” fanns inget sådant samband. I alla socioekonomiska grupper var såväl ångslan/oro/ångest och sömnsvårigheter som ”nedsatt psykiskt välbefinnande” vanligare bland kvinnor än bland män.

- *Inomregionala mönster*

Diagram 2 visar andel västragötalänningar 16-84 år med svåra besvär av ängslan/oro/ångest, svåra besvär av sömnsvårigheter samt "nedsatt psykiskt välbefinnande" fördelade på hälso- och sjukvårdsnämndsområden (HSN-områden). Andelen varierar mellan områdena. Kvinnorna i Trestad (HSN 3), Göteborg Hisingen (HSN 11) och Nordöstra Göteborg (HSN 12) har sammantaget förhållandevis höga psykisk-ohälsa-värden. För männens del har Nordöstra Göteborg (HSN 12) höga värden. Låga värden har Västra Skaraborg (HSN 9), kvinnorna i Södra Bohuslän (HSN 7) och Östra Skaraborg (HSN 10), samt männen i Norra Bohuslän (HSN 1) och Mellersta Bohuslän (HSN 4).

Diagram 2

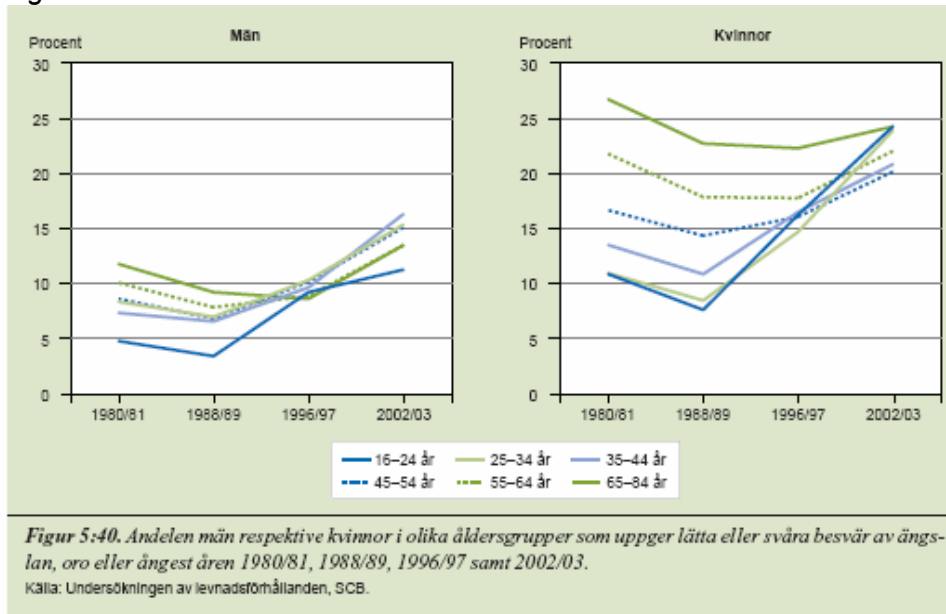


Källa: Folkhälsoenkäten 2005

- *Utveckling*

Diagram 3, som hämtats ur Socialstyrelsens Folkhälsoenkät 2005, visar andelen män och kvinnor i Sverige i olika åldersgrupper som uppger lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest åren 1980/81, 1988/89, 1996/97 samt 2002/03. Framgår gör att besvären ökade under perioden, framförallt bland yngre. För åldersgruppen 65-84 år förändrades de däremot i stort sett inte alls. Det finns ingen anledning att tro att utvecklingen i Västra Götaland skiljer sig nämnvärt från detta mönster.

Diagram 3



## 4.2 Bedömning

Svarsfrekvensen i folkhälsoenkäten är i likhet med andra enkäter överlag låg. Dessutom varierar den tydligt mellan HSN-områdena, från 55% i Nordöstra Göteborg (HSN 12) till 66% i Östra Skaraborg (HSN 10). Det är alltså ett betydande bortfall.

Erfarenheter från andra liknande undersökningar visar att bortfallet ofta är klart större bland socioekonomiskt svaga grupper, t.ex. missbrukare, nyanlända invandrare, psykiskt sjuka, somatiskt sjuka m.fl. Dessa grupper har i allmänhet sämre psykisk hälsa än genomsnittet. Detta talar för att den psykiska ohälsan i länet underskattas i Folkhälsoenkäten, i synnerhet i områden som har förhållandevis stor andel socioekonomiskt svaga grupper.

För att något minska de snedvridande effekter som bortfallet ger, har SCB använt ett uppräkningsförfarande; en kalibrering.

Vidare bör resultatet för Norra Bohuslän (HSN 1), Dalsland (HSN 2), Trestad (HSN 3), Västra (HSN 9) och Östra Skaraborg (HSN 10) tolkas med större försiktighet än utfallet för övriga områden på grund av små statistiska urval.

Folkhälsoenkäten har alltså en del svagheter. Men de är inte större än att den identifierar de områden i länet där höga och låga värden för psykisk ohälsa kan förväntas. Rätt använd framstår därmed Folkhälsoenkäten som en användbar och viktig datakälla vid kartläggningar av psykisk ohälsa.

## 5 Psykisk ohälsa och sjukvårdsnyttjande

### SAMMANFATTNING

I detta avsnitt redovisas andel västragötalänningar som vid kontakt med sjukvården i VGR\* år 2004 fick en psykisk-ohälsa-diagnos, eller som detta år ej diagnossattes vid kontakt med psykiatrisk klinik. I avsnittet benämns dessa kontakter: ”sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa” alternativt enbart ”sjukvårdskontakt”:

- 45 255 män (6,0%) och 64 899 kvinnor (8,5%) hade år 2004 sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa
- Över hälften av de som hade haft öppenvårdskontakt besökte primärvården
- 15 procent av de som hade sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa vårdades i slutenvård
- I alla åldersgrupper hade kvinnor i större utsträckning än män sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa, utom bland barn.
- Åldersgrupperna 30-59 och 80-94 år hade flest individer med sjukvårdskontakt, räknat per 1000 invånare
- ”Depressioner” och ”Stresstillstånd” var de vanligaste diagnosgrupperna, sammantagna utgjorde de 50 procent av männens och 70 procent av kvinnornas psykisk-ohälsa-diagnoser
- Depressionsdiagnos var dubbelt så vanligt bland kvinnor (26/1000 inv.) som bland män (13/1000 inv.)
- Missbruksdiagnos var å andra sidan dubbelt så vanligt bland män (7/1000 inv.) som bland kvinnor (3/1000 inv.)
- 9 procent av de som hade haft sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa hade kontakt med psykiatrisk klinik utan att få diagnos
- Trestad (HSN 3) och Nordöstra Göteborg (HSN 12) hade störst andel invånare med sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa
- Om hänsyn tas till en skattning av hur många individer som hade haft vårdkontakt med privata vårdgivare, framkommer att frekvensen var störst i Göteborgsområdet (HSN 5, 11, 12)
- Lägst andel invånare med vårdkontakt för psykisk ohälsa hade Östra Skaraborg (HSN 10)
- Skillnaderna mellan olika HSN-områden varierade beroende på vilken diagnosgrupp som studerades
- Andelen ”icke diagnossatta patienter” skiljde sig mellan olika HSN-områden, vilket tillsammans med bortfallet av privata vårdgivare försvårar tolkningar av utfallet

### 5.1 Utfall

I detta avsnitt redovisas andel västragötalänningar som vid kontakt med sjukvården i VGR\* (primärvård, öppenvård vid sjukhus och/eller slutenvård) år 2004 fick en psykisk-ohälsa-diagnos, eller som detta år ej diagnossattes vid kontakt med psykiatrisk klinik. Nedan benämns dessa kontakter: ”sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa” alternativt enbart ”sjukvårdskontakt”.

\* Inklusive ett mindre antal offentligt finansierade privata vårdgivare i länet

### 5.1.1 Nuläge

- *Allmänt*

År 2004 hade 110 154 västragötalänningar kontakt med sjukvården i VGR för psykisk ohälsa, varav 59 procent var kvinnor. Tabell 2 visar hur dessa personer fördelade sig på diagnos-avsnitt.

Tabell 2

	Per 1000 invånare	
	Män	Kvinnor
Alzheimers, demens mm (Organiska psykiska störningar)	3,8	5,4
Missbruk (Psykiska störningar orsakade av psykoaktiva substanser)	6,8	3,0
Schizofreni	2,7	2,6
Depression (Förstämningssyndrom)	13,0	26,1
Stresstillstånd (Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom)	13,2	26,4
Beteendestörningar, t ex ätstörningar	3,5	6,5
Personlighetsstörningar	0,9	1,2
Psykisk utvecklingsstörning	1,1	0,9
Störningar i psykisk utveckling	3,0	1,3
Beteendestörningar och emotionella störningar, debut barn/ungdom	4,4	1,8
Ospecificerad psykisk störning	0,2	0,2
Övriga psykiatriska diagnoser	2,2	2,1
Ej diagnossatta patienter inom psykiatrisk klinik	5,2	7,3
<b>TOTALT</b>	<b>59,9</b>	<b>84,8</b>

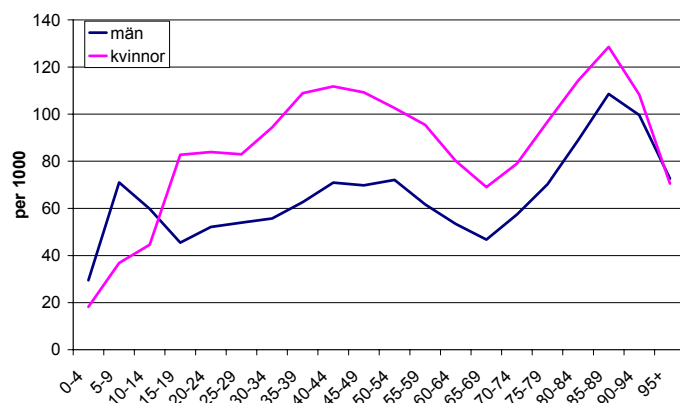
Källa: Vårddatabasen Vega

Av dem som erhöll psykisk-ohälsa-diagnos fick 50 procent av männen och 70 procent av kvinnorna antingen stresstillstånd eller depression som diagnos. Nio procent av dem som hade sjukvårdskontakt med psykiatrisk klinik blev detta år ej diagnossatta.

- *Åldersgrupper*

Diagram 4 visar att andelen invånare med sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa var störst bland kvinnor i alla åldersgrupper, utom bland barn. En viktig orsak till kurvornas tvåpuckelprofil är att diagnosen depression dalade vid 65-69 års ålder för båda könen

Diagram 4



Källa: Vårddatabasen Vega

Åldersfördelningen skiljde sig åt för olika psykiatriska diagnoser. Vad gäller stresstillstånd hade åldersgruppen 25-44 år flest antal individer med sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa, per 1000 invånare. Missbruksdiagnoser var vanligast i åldersgruppen 45-64 år.

- *Patienternas fördelning på olika vårdformer*

Tabell 3 visar hur de västragötalänningar som år 2004 hade sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa fördelade sig på vårdformer och kombinationer av vårdformer. Dubbelt så många kvinnor som män besökte primärvård. Knappt 20 procent av de som besökte primärvården hade under året även kontakt med öppenvård och/eller slutenvård.

Bland männen var det vanligare att öppenvårdskontakten skedde vid sjukhus än inom primärvård. Så var inte fallet för kvinnorna. 15 procent av dem som hade sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa vårdades i slutenvård. Och 16 procent hade under året haft kontakt med två eller tre vårdformer.

**Tabell 3**

	Antal	
	Män	Kvinnor
Enbart primärvård*	16 438	31 310
Enbart öppenvård vid sjukhus	18 168	21 249
Enbart slutenvård	2 769	2 881
Primärvård* + Öppenvård vid sjukhus	2 746	4 257
Primärvård* + Slutenvård	597	726
Öppenvård vid sjukhus + Slutenvård	3 374	3 320
Primärvård* + Öppenv. vid sjukhus+ Slutenv.	1 163	1 156
<b>TOTALT</b>	<b>45 255</b>	<b>64 899</b>

Källa: Vårddatabasen Vega

\*Inklusive ett mindre antal privat bedrivna öppenvårdsenheter för specialistvård med vilka VGR har vårdavtal och från vilka diagnosregistrering föreligger

Andelen invånare som hade kontakt med primärvården eller som vårdades inom slutenvård för psykisk ohälsa var större bland äldre än bland yngre. I åldersgruppen 20-64 år hade väsentligt fler kvinnor än män kontakt med primärvården.

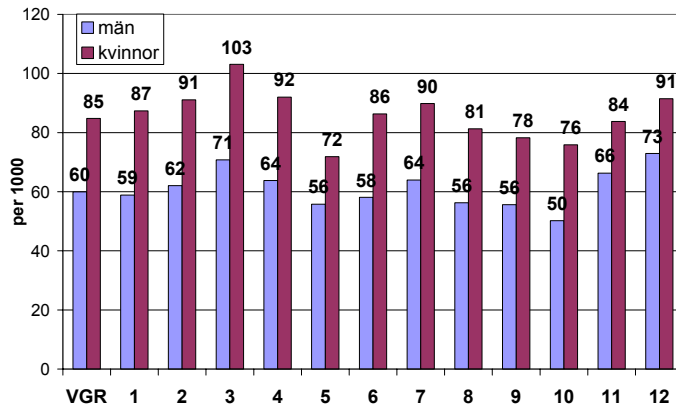
- *Inomregionalt mönster*

Diagram 5 visar för olika HSN-områden antal personer som år 2004 var i kontakt med sjukvården för psykisk ohälsa, per 1000 invånare. Hänsyn har tagits till skillnader i områdenas åldersfördelning.

I samtliga HSN-områden var det fler kvinnor än män som sökt vård för psykisk ohälsa. Bland barn var det dock fler pojkar än flickor. Västra Skaraborg (HSN 9) skiljde sig från regionen i övrigt genom att fler män än kvinnor i åldersgruppen 85-w år hade vårdkontakt.

Trestad (HSN 3) och Nordöstra Göteborg (HSN 12) hade sammantaget högst andel personer med vårdkontakt för psykisk ohälsa. Östra Skaraborg (HSN 10) hade lägst andel.

Diagram 5\*



\* Andel personer med sjukvårdskontakt är underskattade i Göteborgsområdet, beroende på att diagnoser från privata vårdenheter här saknas i hög utsträckning. Se bedömning, avsnitt 5.2

Källa: Vårddatabasen Vega, åldersstandardiserat

Diagram 6 visar att andelen invånare som hade kontakt med sjukvården för depression var större bland kvinnor än bland män i alla HSN-områden. Flest män och kvinnor med denna diagnos återfanns i Dalsland (HSN 2), Trestad (HSN 3) och Mellersta Bohuslän (HSN 4).

Andel invånare med missbruksdiagnos var störst bland män i alla nämndområden, se diagram 7. Männerna i Göteborg Hisingen (HSN 11) och Nordöstra Göteborg (HSN 12) låg klart över VG-snittet. Bland kvinnorna hade Västra Skaraborg (HSN 9) och Nordöstra Göteborg (HSN 12) högst andel.

Diagram 6 Depression\*

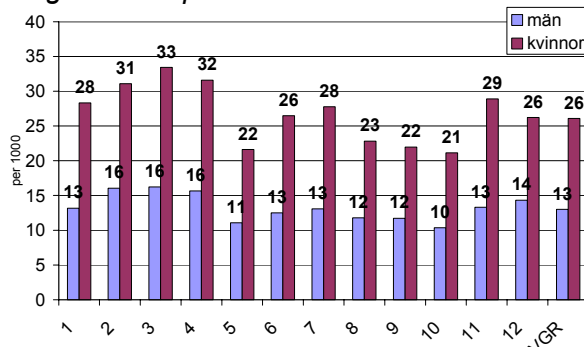
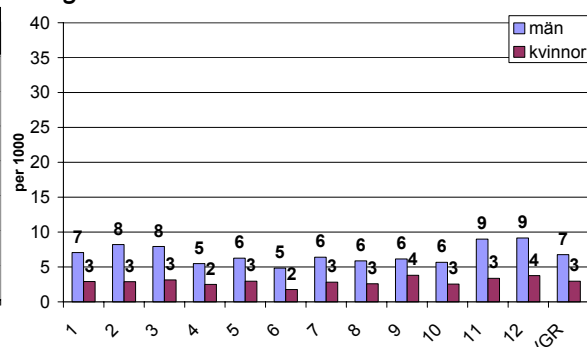


Diagram 7 Missbruk\*



Källa: Vårddatabasen Vega

Andelen invånare som hade kontakt med sjukvården för stressstillstånd var i alla nämndområden högst bland kvinnor. Trestad (HSN 3) hade högst värden för både män och kvinnor. Därefter placerade sig Mellersta Bohuslän (HSN 4) och MittenÄlvsborg (HSN 6).

Norra Bohuslän (HSN 1), Dalsland (HSN 2), Trestad (HSN 3) och Mellersta Bohuslän (HSN 4) har störst andel invånare diagnossatta vid psykiatrisk klinik.

## 5.2 Bedömning

Från offentligt finansierade privata vårdenheter som ersätts enligt ”nationell taxa” saknas med några få undantag diagnoser. Och från enheter som arbetar enligt s.k. vårdavtal är rapporteringen av diagnoser långt ifrån fullständig. Från icke-offentligt finansierade vårdgivare saknas uppgifter helt.

En skattning visar att cirka 15 procent av de invånare i länet som hade sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa vände sig till offentligt finansierad privat vårdenhet av ovanstående slag. För Göteborgsområdet (HSN 5, 11 och 12) tyder skattningen på cirka 25 procent. Det senare beroende på att en majoritet av de privata vårdgivarna finns i detta område. För övriga HSN-områden varierade andelen som vände sig till dessa vårdgivare mellan 6-15 procent.

Detta betyder att andelen invånare med sjukvårdskontakt som redovisas i diagram 5, 6 och 7 är lägre än de verkliga andelarna och för Göteborgsområdet väsentligt lägre. Om skattningarna hade tagits med i diagram 5, hade Nordöstra Göteborg (HSN 12), Göteborg Hisingen (HSN 11) och Göteborg Centrum-Väster (HSN 5) fått högst frekvenser. Därefter hade Trestad (HSN 3) och Södra Bohuslän (HSN 7) placerat sig. Följer gör att redovisade frekvenser i Göteborgsområdet för depression, stresstillstånd och missbruk med största sannolikhet också är klart lägre än de verkliga frekvenserna.

Andelen icke-diagnossatta patienter som vårdats vid psykiatrisk klinik skiljer sig mellan nämndområdena. Även detta får betydelse då nämnderna jämförs med avseende på olika diagnosgrupper.

En mindre andel patienter med långvarig psykisk sjukdom vilka endast behöver gles kontakt med sjukvården kan saknas i statistiken för år 2004.

## 6 Psykofarmaka – försäljning och självrapporterad konsumtion

### SAMMANFATTNING

Folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor 2005” används här för att visa hur stor andel av de svarande som uppger att de konsumerat psykofarmaka (”sömnmedel/insomningsmedicin”, ”antidepressiv medicin”, ”lugnande eller ångestdämpande medicin”) under de senaste tre månaderna. För Västra Götalands del visar svaren att:

- Andelen kvinnor som uppger att de konsumerat ”sömnmedel/insomningsmedicin” är något större än för kvinnor i riket (16% respektive 13%)
- En större andel kvinnor än män konsumerar psykofarmaka, störst är skillnaden beträffande ”sömnmedel/insomningsmedicin” (16% respektive 10%)
- Andelen personer som uppger att de använt ”sömnmedel/insomningsmedicin” och ”lugnande/-ångestdämpande” ökar med stigande ålder
- Andelen konsumenter av psykofarmaka är för männens del högst inom Nordöstra Göteborg (HSN 12) och Trestad (HSN 3), för kvinnors del är den sammantagna konsumtionen inte lika särpräglat hög i något/några HSN-områden.
- Lägst andel konsumenter av psykofarmaka noteras för männens del inom Norra Bohuslän (HSN 1) och Mellersta Bohuslän (HSN 4) och för kvinnornas del inom Sjuhärad (HSN 8) och Västra Skaraborg (HSN 9)

Apotekets statistik över försåld psykofarmaka – neuroleptika, lugnande medel, sömnmedel, antidepressiva, psykostimulantia och demensmedel – 1:a halvåret 2006 visar att försäljningen\* av

- Antidepressiva är 16 procent större i Västra Götaland än i riket
- Sömnmedel är 16 procent större än i riket
- Lugnande medel är 24 procent större än i riket
- Antidepressiva, lugnande medel och sömnmedel är klart mycket större till kvinnor än till män
- Antidepressiva, lugnande medel och sömnmedel ökar tydligt med stigande ålder hos invånarna
- Försäljningen av psykofarmaka:
  - är mest frekvent inom Nordöstra Göteborg (HSN 12), Göteborg Centrum-Väster (HSN 5), Göteborg Hisingen (HSN 11) och Trestad (HSN 3)
  - är minst frekvent inom Östra Skaraborg (HSN 10), Södra Älvsborg (HSN 8), MittenÄlvsborg (HSN 6) och Västra Skaraborg (HSN 9)
  - är symmetrisk för män och kvinnor; i HSN-områden där kvinnorna har relativt höga värden har också männen relativt höga värden, sak samma med låga värden

Utvecklingen över tid:

- Försäljningen av psykofarmaka till invånarna i Västra Götaland har ökat med 11 procent för männens del och med 9 procent för kvinnornas del mellan 1:a halvåret 2003 och 1:a halvåret 2006.
- Ökning i riket är av motsvarande omfattning
- Mer än halva ökningen i Västra Götaland utgörs av antidepressiva och drygt en fjärdedel av lugnande medel och sömnmedel
- Försäljningen av psykofarmaka till yngre har ökat mer än försäljningen till äldre

\* uttryckt i DDD per 1000 invånare och dag.

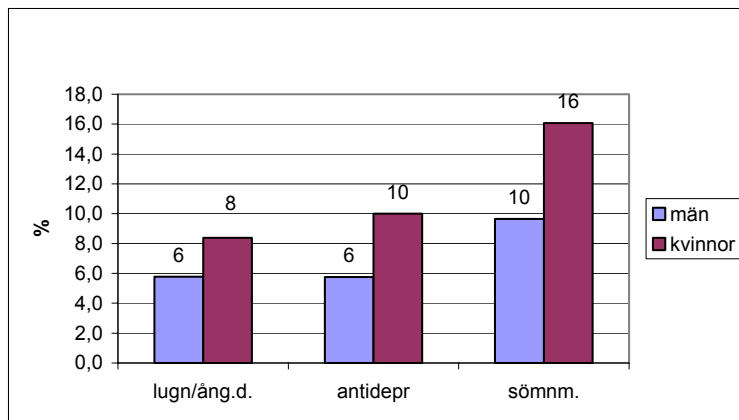
## 6.1 Utfall

### 6.1.1 Nuläge

- *Allmänt*

Nedanstående diagram visar procentandel manliga och kvinnliga invånare i Västra Götaland, 16-84 år, som i Folkhälsoenkäten uppgivit konsumtion av "lugnande eller ångestdämpande medicin", "antidepressiv medicin" och "sömnmedel/insomningsmedicin" under de senaste tre månaderna, våren 2005.

Diagram 8

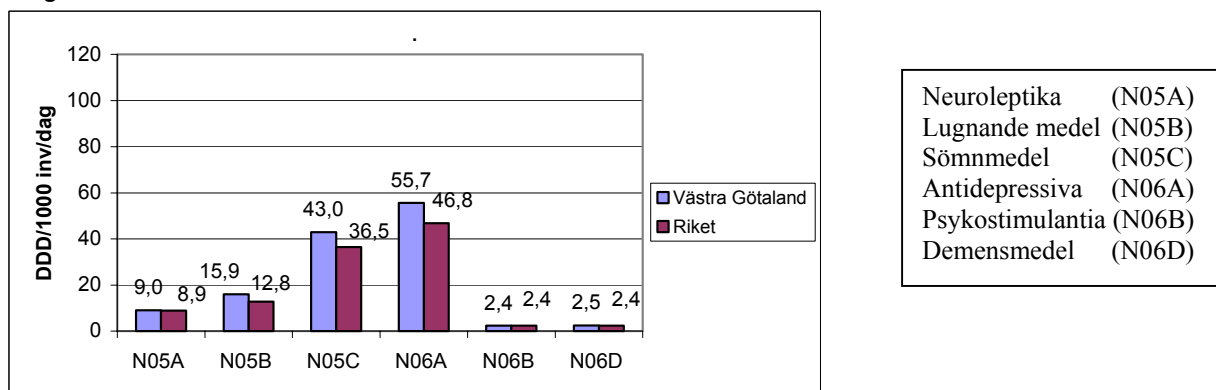


Källa: Folkhälsoenkäten 2005

Andelen konsumenter är större bland kvinnor än bland män, oavsett typ av psykofarmaka. För båda könen noteras att "sömnmedel/insomningsmedicin" är vanligast. För kvinnornas del är här andelen användare högre än vad den är för kvinnor i riket som helhet, 16 procent respektive 13 procent.

Diagram 9 visar försäljningen 1:a halvåret 2006 av olika grupper av psykofarmaka till manliga invånare i Västra Götaland, uttryckt i DDD per 1000 invånare och dag. DDD är den genomsnittliga dygnsdosen för ett läkemedel, då det används av vuxen person i enlighet med huvudindikationen. De läkemedelsgrupper som redovisas är: neuroleptika, lugnande medel, sömnmedel, antidepressiva, psykostimulantia och demensmedel.

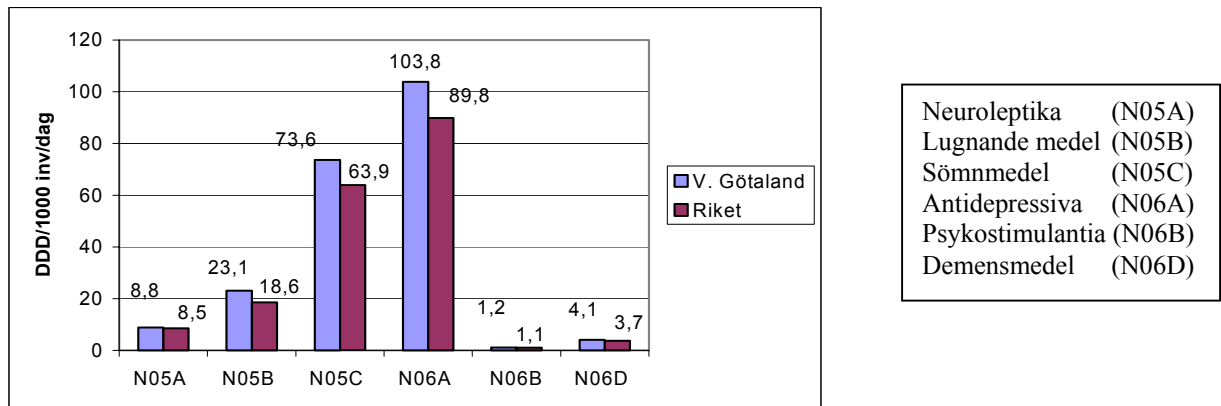
Diagram 9, män



Källa: Apotekets databas X-plain

Diagram 10 visar motsvarande utfall för kvinnorna i länet.

Diagram 10, kvinnor



Källa: Apotekets databas X-plain

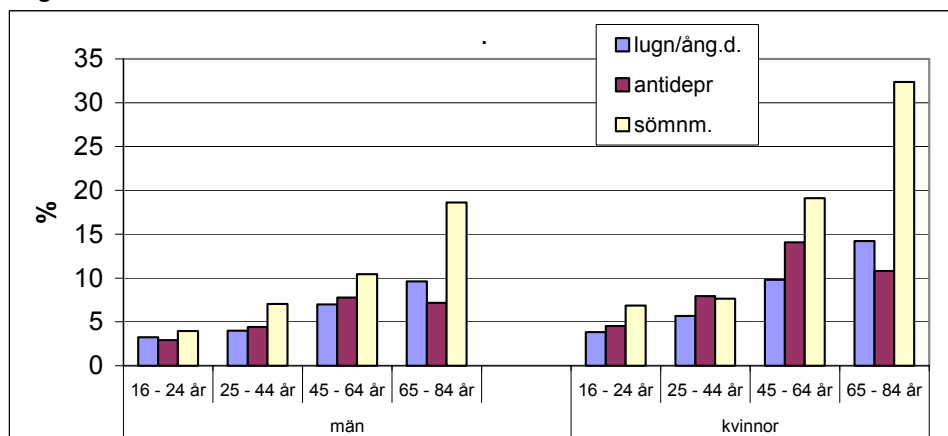
Både män och kvinnor i Västra Götaland har fått mer psykofarmaka expedierat från apoteket än vad invånarna i riket fått. Detta gäller samtliga grupper, även om skillnaden är liten för psykostimulantia. Tydligast är skillnaden för lugnande medel.

- *Åldersgrupper*

Diagram 11 visar andelen personer i olika åldersgrupper som under de senaste tre månaderna konsumerat olika typer av läkemedel, våren 2005. Detta enligt Folkhälsoenkäten 2005.

Diagrammet tydliggör att andelen användare av ”sömnmedel/insomningsmedicin” ökar med stigande ålder, särskilt hos kvinnorna. Även för ”lugnande/ångstdämpande” ökar andelen användare med åldern, om än inte lika i hög grad. För ”antidepressiva” stiger andelen användare stadigt upp till 64 år. Därefter sjunker den tydligt för kvinnornas del och något för männens del.

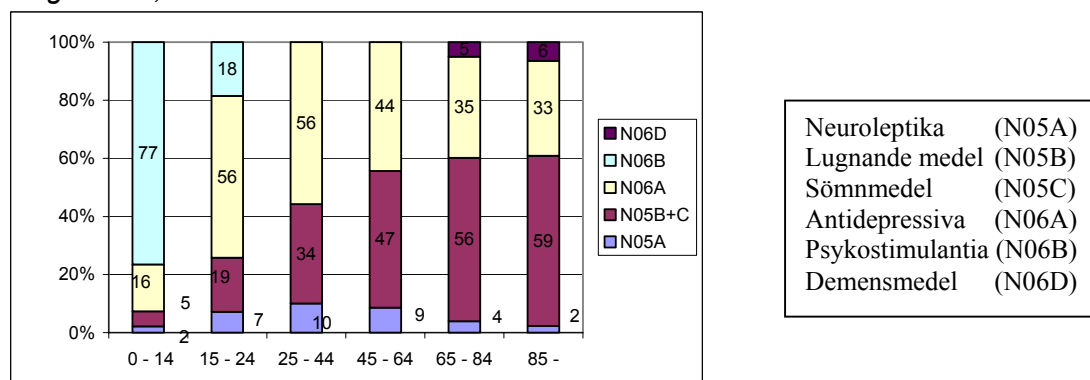
Diagram 11



Källa: Folkhälsoenkäten

I diagram 12 visas hur apotekets försäljning 1:a halvåret 2006 av olika läkemedelsgrupper fördelade sig *inom* olika åldersgrupper av män.

Diagram 12, män



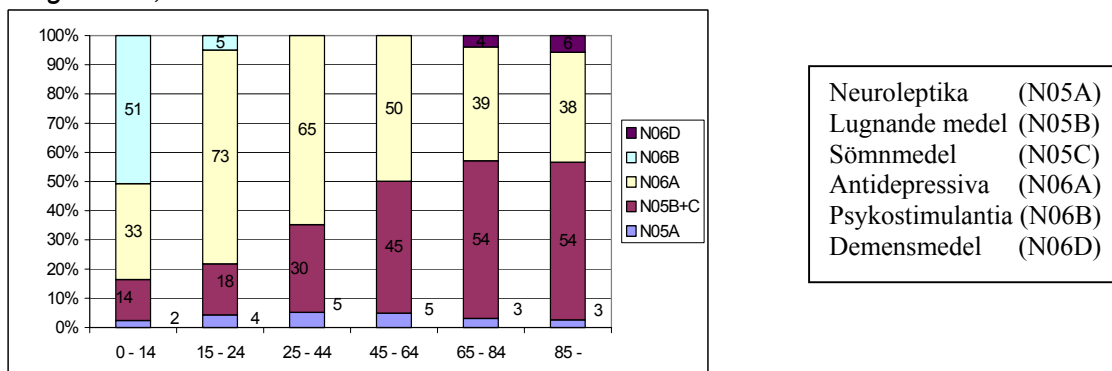
Källa: Apotekets databas X-plain

I diagrammet har enbart medtagits psykofarmaka som överstiger 1 volymprocent inom respektive grupp.

Av diagrammet framgår att fördelningen av läkemedelgrupper skiljer sig tydligt åt. Lugnande medel och sömnmedel är t.ex. den klart största gruppen för män över 45 år, till skillnad från yngre män. För antidepressiva är mönstret i stort sett det omvända, bortsett från 0-14-åringarna. I den senare åldersgruppen dominerar psykostimulantia, som förskrivs vid svår hyperaktivitet och koncentrationsstörning.

I diagram 13 redovisas motsvarande uppgifter för kvinnornas del. Fördelningen liknar den för männen, men det finns vissa skillnader. För kvinnorna utgör t.ex. antidepressiva en klart större andel av totalkonsumtionen i åldersgruppen 15-24 år, än vad det gör för männen i denna åldersgrupp. I åldersgruppen 0-14 år är psykostimulantia inte lika dominant som det är bland pojkarna.

Diagram 13, kvinnor

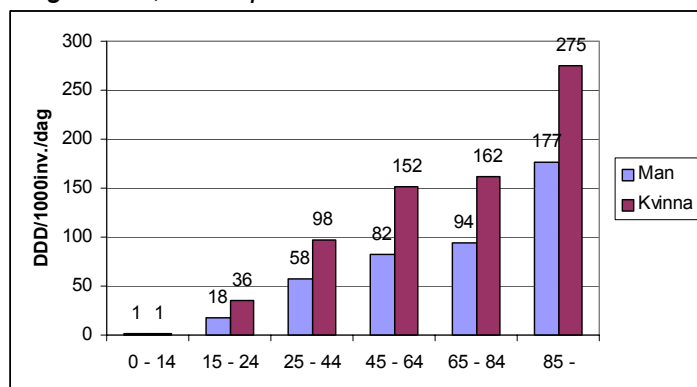


Källa: Apotekets databas X-plain

I diagrammet har enbart medtagits psykofarmaka som överstiger 1 volymprocent inom respektive grupp.

I diagram 14 visas hur försäljningen av antidepressiva 1:a halvåret 2006 fördelade sig *mellan* olika åldersgrupper. Diagrammet tydliggör att försäljningen till kvinnor är klart mycket större än till män oavsett ålder.

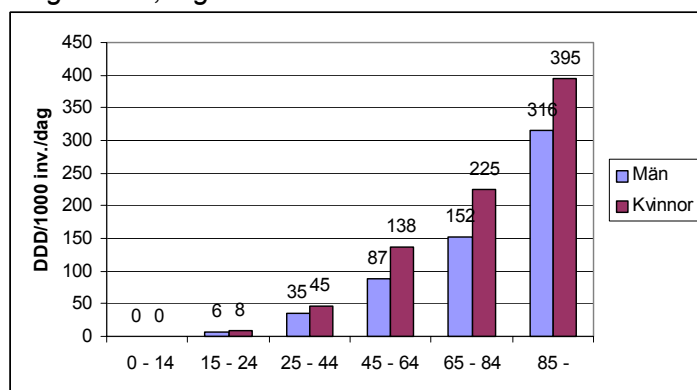
Diagram 14, antidepressiva



Källa: Apotekets databas X-plain

Diagram 15 redovisar hur försäljningen av lugnande medel och sömnmedel fördelade sig mellan åldersgrupperna.

Diagram 15, lugnande medel och sömnmedel



Källa: Apotekets databas X-plain

- *Inomregionalt mönster*

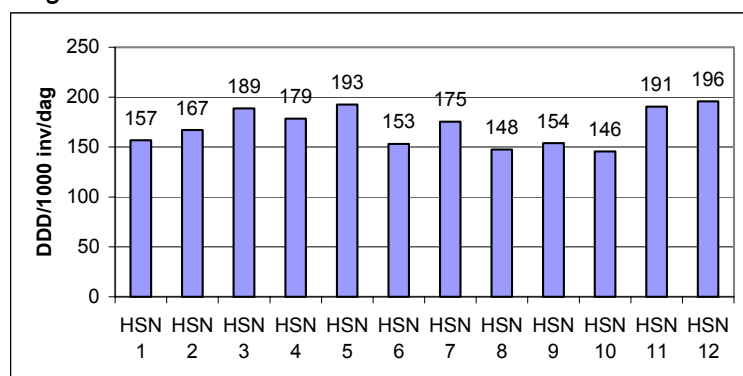
Män i Trestad (HSN 3) och Nordöstra Göteborg (HSN 12) har högre andel konsumenter av sömnmedel/insomningsmedicin”, ”antidepressiv medicin” och ”lugnade/ångstdämpande” än läns-genomsnittet för män. Norra Bohuslän (HSN 1), Dalsland (HSN 2), Mellersta Bohuslän (HSN 4) och Sjuhärad (HSN8) och Göteborg Hisingen (HSN 11) har alla lägre andel än detta snitt.

Bland kvinnor har Dalsland (HSN 2), Göteborg Centrum-Väster (HSN5), Södra Bohuslän (HSN 7) och Nordöstra Göteborg (HSN 12) högre andel konsumenter av psykofarmaka än läns-genomsnittet för två av de tre aktuella läkemedelsgrupperna. Låg andel noteras för Sjuhärad (HSN 8) och Västra Skaraborg (HSN 9).

Diagram 16 visar försäljningen av samtliga psykofarmaka sammantagna till invånarna i de olika HSN-områdena under första halvåret 2006, uttryckt i DDD/1000 invånare och dag. Detta justerat för skillnader i områdenas befolkningsammansättning vad gäller ålder och kön. Mest psykofarmaka har sålts till invånarna i Trestad (HSN 3), Göteborg Centrum-Väster (HSN5), Göteborg Hisingen (HSN 11) och Nordöstra Göteborg (HSN12). Minst till invånarna

i MittenÄlvsborg (HSN 6), Sjuhärad (HSN 8), Västra Skaraborg (HSN 9) och Östra Skaraborg (HSN 10).

Diagram 16

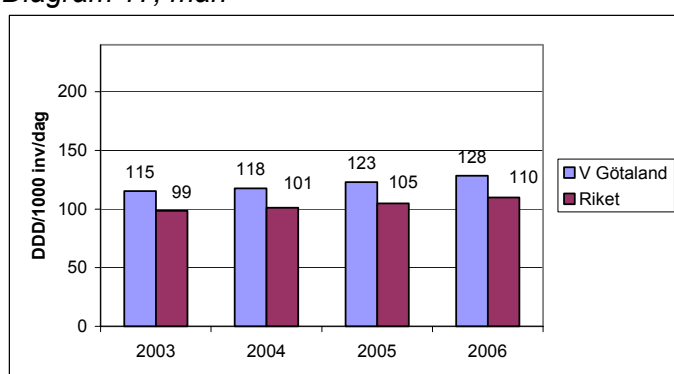


Källa: Apotekets databas X-plain

### 6.1.2 Utveckling

Diagram 17 visar hur försäljningen till män av samtliga psykofarmaka sammantagna utvecklats 1:a halvåret 2003, 2004, 2005 och 2006, uttryckt i DDD/1000 invånare/dag.

Diagram 17, män

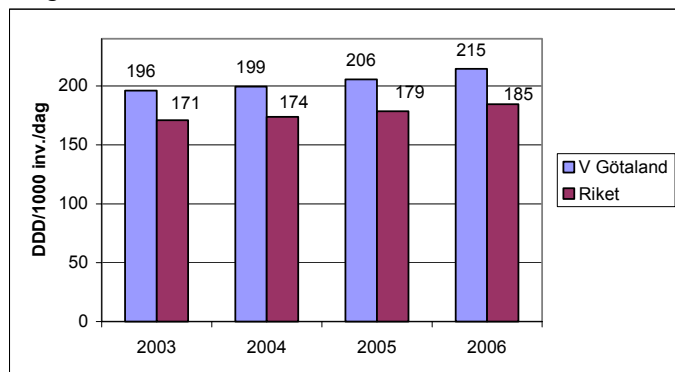


Källa: Apotekets databas X-plain

Ökningen är för männens del lika stor i Västra Götaland och riket. I båda fallen uppgår den till 11 procent. För Västra Götalands del kan tre fjärdedelar av ökningen tillskrivas antidepressiva och lugnande+sömnmedel vilka ökat med 14 procent respektive 8 procent. Total ökning för män i olika åldersgrupper: 0-14: 48%, 15-24: 25%, 25-44: 17%, 45-64: 12%, 65-w: 3%.

Diagram 18 visar utvecklingen för kvinnor, där försäljningen ökat med 9 procent mellan 2003 och 2006, för såväl länet som riket.

Diagram 18, kvinnor



Källa: Apotekets databas X-plain

85 procent av ökningen för länets kvinnor består av antidepressiva och lugnande+sömnmedel, vilka ökat med 11 procent respektive 8 procent. Total ökning för kvinnor i olika åldersgrupper: 0-14: 40%, 15-24: 19%, 25-44: 12%, 45-64: 10%, 65-w: 5-6%.

## 6.2 Bedömning

Redovisningen av apotekets statistik bygger på tanken att försäljningen av psykofarmaka återspeglar förskrivningen och att denna i sin tur speglar invånarnas behov. Styrkan i behovet uppvisar rimligen ett starkt samband med benägenheten att söka läkarhjälp. Av de läkemedel som förskrivs av läkare gör allmänna uppskattningar gällande att c:a 80 procent hämtas ut från apotek.

Vad gäller förskrivningen av antidepressiva finner Socialstyrelsen att det inom primärvården finns brister i diagnostisering och dokumentering av psykiatriska tillstånd, vilka kan bidra till överbehandling av vissa patientgrupper och underbehandling av andra.<sup>21</sup> Det senare torde kunna förklara att det enligt samma studie råder betydande regionala variationer i förskrivningen av antidepressiva läkemedel. Variationen mellan landsting är dock inte så stor som mellan landets kommuner, där antalet läkemedelsanvändare varierar mellan cirka 3 och 8 procent.

Mot denna bakgrund är det svårt att avgöra om den klart mycket högre försäljningen av antidepressiva i Västra Götaland än i riket speglar skillnader i behovet. I motsvarande mening är det också svårt att bedöma den likaledes höga försäljningen av lugnande och sömnmedel.

Beträffande Folkhälsoenkäten och de självdeklarerade uppgifterna om konsumtion av psykofarmaka under de senaste tre månaderna, finns det anledning att misstänka en viss underrapportering. Inte minst på grund av svårigheten för respondenterna att tidsbestämma enskilda konsumtionstillfällen.

För antidepressiva medel torde dock underrapporteringen vara mindre frekvent, då dessa medel inte har samma "vid-behovs-karaktär" som övrig psykofarmaka i enkäten. Detta med viss reservation för åldersgruppen 65-84 år som uppger en lägre andel användare av antidepressiva än åldersgruppen 45-64 år. Utfallet harmonierar mindre väl med försäljningsstatistiken som indikerar att 65-84-åringarna konsumerar mer antidepressiva än 45-64 åringarna, även om skillnaden är förhållandevis liten.

<sup>21</sup> Antidepressiva läkemedel vid psykisk ohälsa. Studier av praxis i primärvården. Socialstyrelsen 2006

## 7 Pågående långa sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnos

### SAMMANFATTNING

Nedan redovisas pågående långa sjukskrivningsfall med psykisk-ohälsa-diagnos per 30 oktober 2005. Med ”långa” avses fall som pågått mer än 60 dagar. Av redovisningen framgår att sjukfallen med psykisk-ohälsa-diagnos:

- Utgjorde 32 procent av samtliga långa sjukfall bland män och 41 procent bland kvinnor
- Var klart mer omfattande bland kvinnor än bland män
- Var mest omfattande i åldersgruppen 30-59
- Var oftare mer långvariga än sjukfall inom andra diagnosgrupper, över hälften av sjukfallen med psykisk-ohälsa-diagnos hade pågått mer än 1 år
- Var mest omfattande i Trestad (HSN 3), och i Södra Bohuslän (HSN 7) för kvinnor
- Var minst omfattande i Östra Skaraborg (HSN 10) och Västra Skaraborg (HSN 9)
- Var betydligt mer omfattande bland arbetslösa än bland förvärvsarbetande
- Var vanligare bland offentligt anställda än bland privat anställda/egna företagare

För att fånga utvecklingen över tid har ovanstående utfall till del jämförts med utfallet vid motsvarande kartläggningar per 20 augusti 2003 och 1 oktober 2004. Dessutom har utveckling av antalet sjuk-/aktivitetsersättningar (”förtidspensioneringar”) följts upp, då långa sjukskrivningar ofta omvandlas till dessa ersättningsformer. Kartläggningen i denna del visar:

- Att antalet pågående långa sjukfall fall med psykisk-ohälsa-diagnos minskat med 31% mellan 2003 och 2005
- Att minskningen sannolikt helt och hållet förklaras av en ökning av antalet sjuk-/aktivitetsersättningar under denna period

### 7.1 Utfall

I detta avsnitt redovisas pågående långa sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnos. Med ”långa” avses sjukfall som vid en viss tidpunkt pågått mer än 60 dagar.

#### 7.1.1 Nuläge

- *Allmänt*

Den 1 oktober 2005 hade totalt 27 878 sjukfall pågått mer än 60 dagar i Västra Götaland. Av dessa var 10 626 sjukskrivna för en psykisk-ohälsa-diagnos, vilket motsvarar 38,1 procent.

Diagram 19 visar psykisk-ohälsa-diagnosernas andel bland de manliga sjukfallen och diagram 20 deras andel bland de kvinnliga fallen, per 1 oktober 2005.

Diagram 19, män

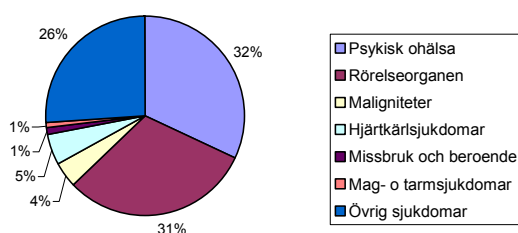
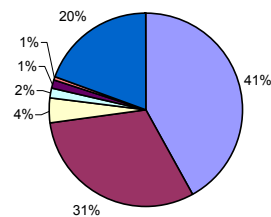


Diagram 20, kvinnor



Källa: Försäkringskassan i Västra Götaland

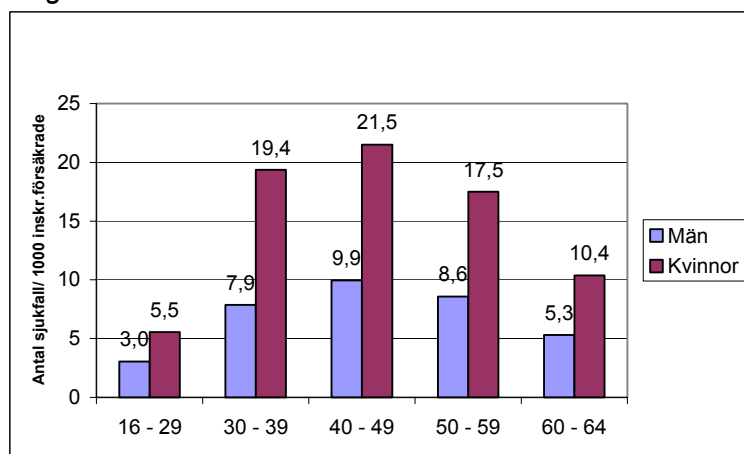
Bland både män och kvinnor utgjorde psykisk-ohälsa-diagnoserna den största diagnosgruppen, i synnerhet bland kvinnorna. För kvinnor i åldersgruppen 16-29 år var andelen 54 procent. Psykisk-ohälsa-fallens andel ökar med längden på de fall som studeras. Det beror på att de i högre utsträckning än andra diagnosgrupper är mycket långvariga. Över hälften av de nu studerade psykiska-ohälsa-fallen hade pågått mer än 1 år.

Jämförs män och kvinnor kan konstateras att sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnos var ungefär dubbelt så vanligt bland kvinnor som bland män, 14,8 respektive 6,9 fall per 1000 inskrivna försäkrade. Inte i någon annan diagnosgrupp var den kvinnliga övervikten så stor.

- *Åldersgrupper*

Diagram 21 visar hur de pågående långa sjukfallen med psykisk-ohälsa-diagnos per 1 oktober 2005 fördelar sig på olika åldersgrupper. Kvinnorna har klart högre frekvens i samtliga åldersgrupper, räknat per 1000 registrerade försäkrade.

Diagram 21

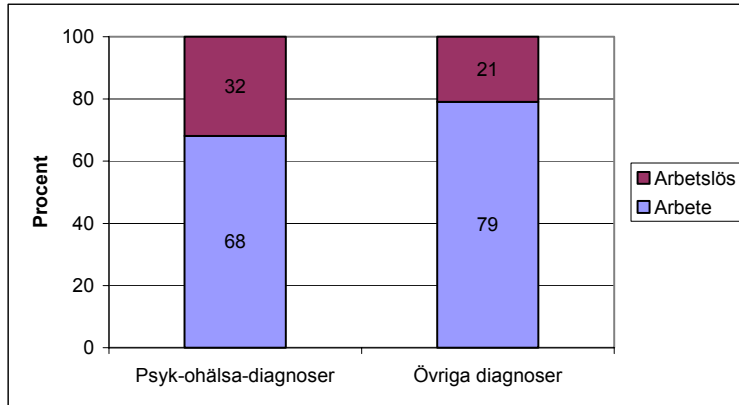


Källa: Försäkringskassan i Västra Götaland

- *Sysselsättning mm*

Diagram 22 visar hur de långa sjukfallen med psykisk-ohälsa-diagnos fördelade sig mellan personer med arbete och arbetslösa. Detta jämfört med ”övriga diagnoser”.

**Diagram 22**



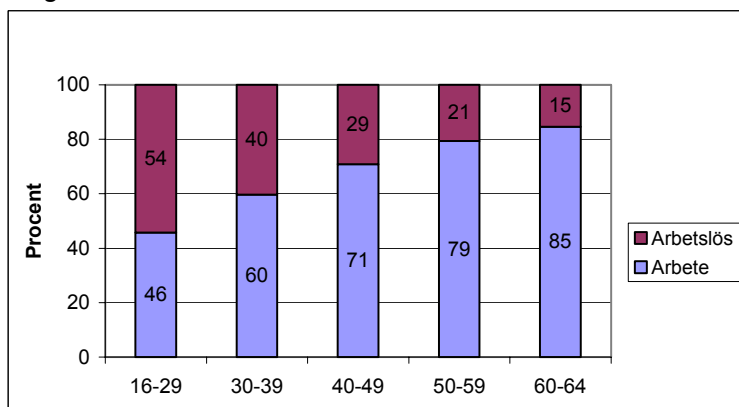
Källa: Försäkringskassan i Västra Götaland

Diagrammet visar att var tredje person med psykisk-ohälsa-diagnos och var femte person med ”övrig diagnos” var arbetslös. I arbetskraften totalt uppgick vid mättillfället den öppna arbetslösheten till c:a 5,0 procent och andelen öppet arbetslösa+arbetslösa i åtgärder till 7,7 procent.

För samtliga långa sjukfall – inte bara de med psykisk-ohälsa-diagnos – var andelen arbetslösa i alla åldersgrupper något större bland männen än bland kvinnorna. Men räknat i absoluta tal var det betydligt fler arbetslösa kvinnor.

Diagram 23 visar också andelen arbetslösa bland pågående långa sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnos per 1 oktober 2005, men uppdelat på olika åldersgrupper. Diagrammet tydliggör att andelen arbetslösa stiger med sjunkande ålder; ju yngre åldersgrupp desto fler arbetslösa.

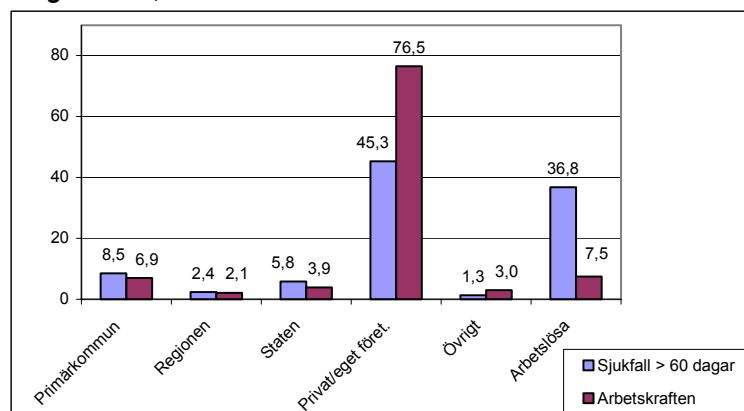
**Diagram 23**



Källa: Försäkringskassan i Västra Götaland

I diagram 24 åskådliggörs hur de manliga långa sjukfallen med psykisk-ohälsa-diagnos fördelade sig procentuellt på olika arbetsmarknadssektorer. Detta jämfört med hur den totala manliga arbetskraften inom befolkningen fördelade sig procentuellt.

Diagram 24, män

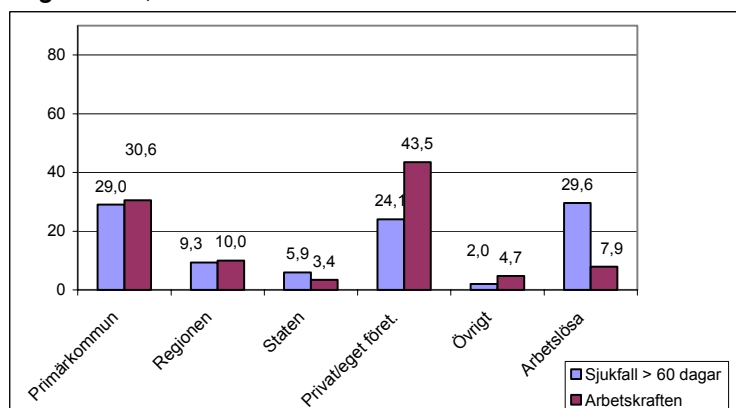


Källa: Försäkringskassan i Västra Götaland

Män anställda i privata företag/egna företagare var inte representerade bland sjukfallen i den utsträckning som motsvarar deras andel av befolkningen.

Diagram 25 visar på motsvarande sätt hur de kvinnliga pågående långa sjukfallen med psykisk-ohälsa-diagnos fördelar sig på arbetsmarknadssektorer, relativt arbetskraftens fördelning. Även för kvinnornas del är privat anställda/egna företagare klart underrepresenterade bland de långa sjukfallen.

Diagram 25, kvinnor

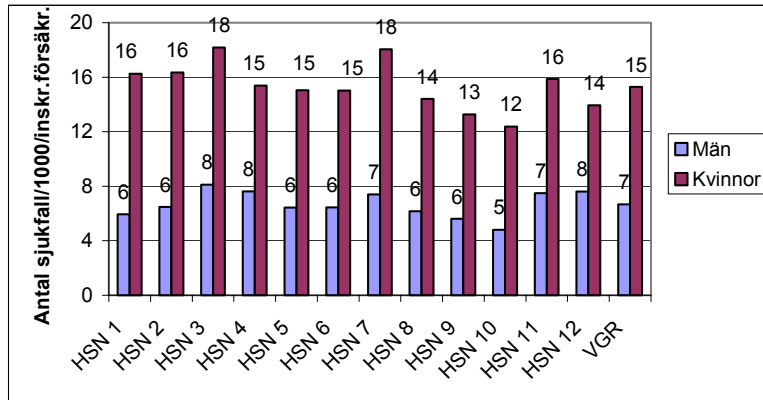


Källa: Försäkringskassan i Västra Götaland

- *Inomregionalt mönster*

Diagram 26 visar pågående långa sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnos 1 oktober 2005 inom olika HSN-områden, per 1000 registrerade försäkrade.

Diagram 26



Källa: Försäkringskassan i Västra Götaland

För kvinnornas del visar diagrammet att antalet sjukfall är högst i Trestad (HSN 3) och Södra Bohuslän (HSN 7). Lägst värde erhåller Västra Skaraborg (HSN 9) och Östra Skaraborg (HSN 10). För männens del är värdet högst för Trestad (HSN 3). Lägst för Norra Bohuslän (HSN 1), Västra Skaraborg (HSN 9) och Östra Skaraborg (HSN 10).

### 7.1.2 Utveckling

Under perioden 2003-2005 har antalet pågående långa sjukfall alla diagnoser sammantagna *minskat* med c:a 28 procent i Västra Götaland. Det motsvarar 9 800 personer. Samtidigt har antalet pågående sjuk-/aktivitetsersättningar ("förtidspensioneringar") *ökat* med 11 500 personer, vilket betyder att denna ersättningsform aktualiserades i mycket hög utsträckning under denna period. Som jämförelse kan nämnas att ökningen av antalet förtidspensionärer mellan år 1998-99 var drygt 300 personer.

Vad gäller långa sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnos har det också skett en minskning mellan 2003-2005. I detta fall med 4 500 personer, vilket motsvarar -31 procent.

Hur många sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnoser som samtidigt övergått i sjuk-/aktivitetsersättningar går dock inte att få fram. Det förefaller dock rimligt att anta att åtminstone 40 procent av det ökade antalet sjuk-/aktivitetsersättningar kan härledas till denna diagnosgrupp. 40 procent på 11 500 betyder 4 600 fall. Det skulle innebära att minskningen av långa sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnos helt och hållet förklaras av ökat antal "förtidspensioneringar".

Diagram 27 visar hur andelen arbetslösa bland långa sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnos utvecklats per 20 augusti 2003, 1 oktober 2004 och 1 oktober 2005. Diagrammet åskådliggör att andelen arbetslösa ökat bland såväl män som kvinnor. Tydligast är ökningen i åldersgruppen 16-24 år – se diagram 28.

Diagram 27

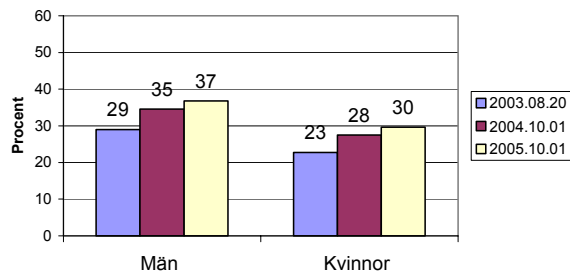
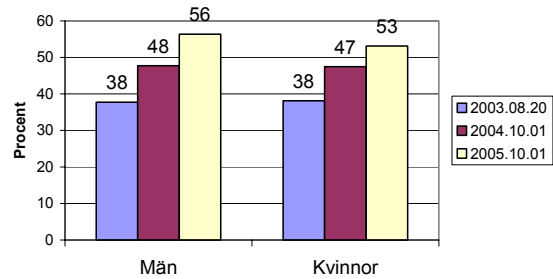


Diagram 28, 16-24 år



Källa: Försäkringskassan i Västra Götaland

För kvinnornas del har andelen arbetslösa ökat i nästan lika hög grad inom åldersgruppen 30–39. Vad gäller övriga diagnoser märks för de yngsta åldersgrupperna också en ökning av andelen arbetslösa. Men inte i lika hög grad som för psykisk-ohälsa-diagnoserna.

## 7.2 Bedömning

- *Relevans*

Informationskedjan arbetsgivare-läkare-försäkringskassa har svagheter i varje länk. Samspelet fungerar idag inte optimalt. Det betyder att försäkringstagarnas attityder spelar stor roll för utfallet vad gäller sjukskrivningar.<sup>22</sup>

Socialförsäkringsutredningen har visat att svagheter är särskilt tydliga vad gäller psykisk ohälsa. Långa sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnos utgör en ökande andel av samtliga långa sjukfall och är förhållandevis långvariga – så långvariga att det till slut ofta inte återstår annat alternativ än sjuk-/aktivitetsersättning (förtidspension). Sjukskrivande läkare har inte sällan svårt att bedöma arbetsförmågan, och Försäkringskassan har uppenbara problem med skadereglering och rehabilitering av dessa fall. Svårigheterna torde delvis kunna förklaras av den höga andelen arbetslösa bland dessa sjukfall, i synnerhet bland yngre.

Väntan på rehabilitering, arbete eller sjuk-/aktivitetsersättningar genererar en oavsedd och förhållandevis hög ansamling av långa sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnos. Detta talar för att psykisk-ohälsa-fallen är överrepresenterade relativt andra diagnoser i Försäkringskassans statistik över pågående långa sjukfall.

Ansamlingen innebär troligen också att kassans statistik ger en något skev bild av den långvariga psykiska ohälsans sammansättning inom arbetskraften. Beroende på karaktären i sjukskrivningssystemets brister, kan vissa grupper med långvarig psykisk ohälsa befaras bli underrepresenterade, andra överrepresenterade.

<sup>22</sup> Sjukskrivning, kulturer och attityder. Försäkringskassan 2006.

- *Tillförlitlighet*

Mycket talar för att det inte existerar någon allmängiltig sjukskrivningspraxis bland läkare. Så också det förhållandet att det råder brist på kunskap om vad som är optimal sjukfrånvaro och vilka konsekvenser – positiva/negativa – som sjukfrånvaro medför.<sup>23</sup> Att sjukskrivningskulturen bland läkare skulle skilja sig mellan hela HSN-områden verkar dock inte särskilt troligt.

Men det finns ändå skäl att vara försiktig vid jämförelser av utfallet för HSN-områdena. Handläggningen vid Försäkringskassans kontor styrs av ett omfattande regelverk med stort tolkningsutrymme. Detta kan innebära att handläggningen skiljer sig mellan olika kontor vid ett och samma tillfälle.

Vad gäller utvecklingen över tid är det viktigt att tänka på att Försäkringskassans regler förändras relativt ofta. Men troligtvis påverkar ryckigheten i tillämpningen av förtidspensioneringar och sjuk-/aktivitetsbidrag tillförlitligheten mer negativt än regeländringarna. Enligt Försäkringskassan betingas denna ryckighet under de senaste åren av ökat fokus på ”rätt ersättning”.

---

<sup>23</sup> Alexandersson. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. RFV

## 8 Självmordstankar, självmordsförsök och självmord

### SAMMANFATTNING

I detta avsnitt redovisas självmordstankar, självmordsförsök och självmord baserat på flera olika datakällor med varierande kvalitet. Syftet är att ge en bild av hur den självmordsnära psykiska ohälsan ser ut i Västra Götaland.

#### *Allmänt*

- Självmordstankar är cirka tre gånger så vanligt i befolkningen som självrapporterade självmordsförsök
- Antal personer som rapporterat att de någon gång gjort självmordsförsök är ca 25 gånger fler än de som under år 2005 haft vårdkontakt för ”självmordsförsök/självtilfogad skada”
- Antal personer som haft vårdkontakt för ”självmordsförsök/självtilfogad skada” är 10-15 gånger fler än de som begått självmord under motsvarande period
- Bland män är det ca 500 gånger fler personer som någon gång haft självmordstankar än som under ett år begått självmord, bland kvinnor är det ca 2000 gånger fler

#### *Självrapporterade självmordstankar och självmordsförsök*

- Självmordstankar och självmordsförsök är vanligare bland kvinnor än bland män (15 procent respektive 5 procent bland kvinnor och 11 procent respektive 3 procent bland män)
- Unga kvinnor (16-24 år) hade högst frekvenser för såväl självmordstankar som självmordsförsök
- Totalt sett är länets frekvenser i nivå med rikets, för både män och kvinnor
- Högst andel personer som uppger självmordstankar och självmordsförsök har Göteborg Hisingen (HSN 11) och Nordöstra Göteborg (HSN 12) samt män i Göteborg Centrum-Väster (HSN 5)

#### *Vårdkontakt beroende på ”självmordsförsök/självtilfogad skada”*

- År 2005 hade 813 män (0,13%) och 1 167 kvinnor (0,18%) boende i Västra Götaland någon form av vårdkontakt som utmynnade i diagnoskod vilken här klassificerats som ”självmordsförsök/självtilfogad skada”
- Uppgifterna underskattar verkligt antal personer som gjorde självmordsförsök detta år
- Unga kvinnor (15-24 år) hade flest vårdkontakter för ”självmordsförsök/självtilfogad skada”
- Västra Götaland hade högre andel personer med slutenvårdskontakt för ”självmordsförsök/självtilfogad skada” än riket
- Göteborg Hisingen (HSN 11), Trestad (HSN 3) och Nordöstra Göteborg (HSN 12) samt männen i Södra Bohuslän (HSN 7) hade störst andel invånare med slutenvårdskontakt för ”självmordsförsök/självtilfogad skada”
- Klart lägst andel hade Östra Skaraborg (HSN 10)
- Andelen personer med vårdkontakt för ”självmordsförsök/självtilfogad skada” har ökat sedan slutet av 1990-talet i Västra Götaland
- Ökningen är tydligast i åldersgruppen 15-24 år – i riket omfattar ökningen enbart unga kvinnor

#### *Fullbordade självmord*

- Självmord är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor, år 2003 begick 127 män (0,02%) och 49 kvinnor (0,01%) självmord
- Självmordsfrekvensen var högst bland äldre män (1999-2003)
- Det begicks fler självmord bland lågutbildade än bland högutbildade, oavsett ålder och kön
- Självmordsfrekvensen var lägre i Västra Götaland än i riket
- Männen i Göteborg Hisingen (HSN 11) och Sjuhärad (HSN 8) och kvinnorna i Göteborg Centrum-Väster (HSN 5) hade högst självmordsfrekvens under perioden 1999-2003

- Lägst självmordsfrekvens hade Mellersta Bohuslän (HSN 4), män i Norra Bohuslän (HSN 1), kvinnor i Dalsland (HSN 2), Södra Bohuslän (HSN 7) och Sjuhärad (HSN 8)
- Under perioden 1987-2003 minskade självmordsfrekvensen betydligt i både Västra Götaland och riket
- Men minskningen har under de senaste åren avstannat inom åldersgruppen 15-24 år

## 8.1 Utfall

När en person med psykisk ohälsa utsätts för svår stress i en sårbar situation kan självmord framstå som en utväg. Det är ofta en process som utvecklas under många år, från den första allvarliga tanken till ett eventuellt försök eller ett fullbordat självmord. Självmordsförsök och självmord är en signal om att man inte står ut med den psykiska smärtan och sin livssituation. Det kan ses som en kommunikativ handling; en vädjan om hjälp.<sup>24</sup>

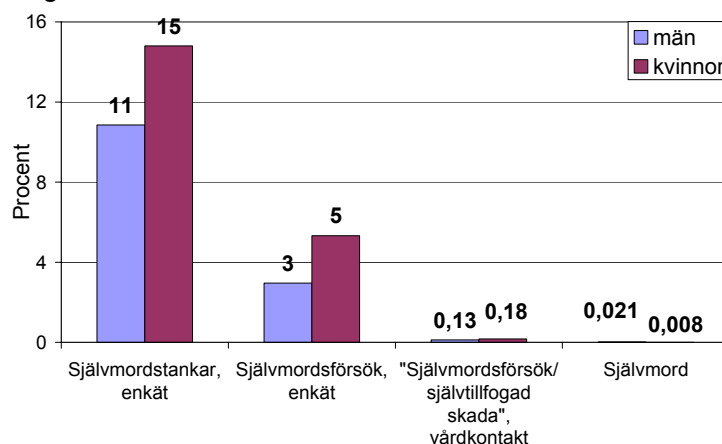
I Sverige tar knappt 1400 personer över 15 år sitt liv årligen och av dessa är ca 70% män. I åldersgruppen 15 till 44 år är självmord den vanligaste dödsorsaken för män och den näst vanligaste för kvinnor.<sup>25</sup>

### 8.1.1 Nuläge

- *Allmänt*

Diagram 29 visar att andelen västragötalänningar som någon gång haft självmordstankar eller uppgivit att de gjort självmordsförsök är betydligt vanligare än de som haft sjukvårdskontakt för "självmordsförsök/självtillfogad skada". Detta är i sin tur betydligt vanligare än fullbordade självmord. Självmordstankar och självmordsförsök är mycket vanligare bland kvinnor än bland män. Självmord är däremot mer än dubbelt så vanligt bland män.

Diagram 29



Källa: Folkhälsoenkäten 2005, Vårddatabasen Vega 2005, Dödsorsaksregistret 2003

<sup>24</sup> Wasserman D, Suicid och stress. Incitament 2002(1)31-34.

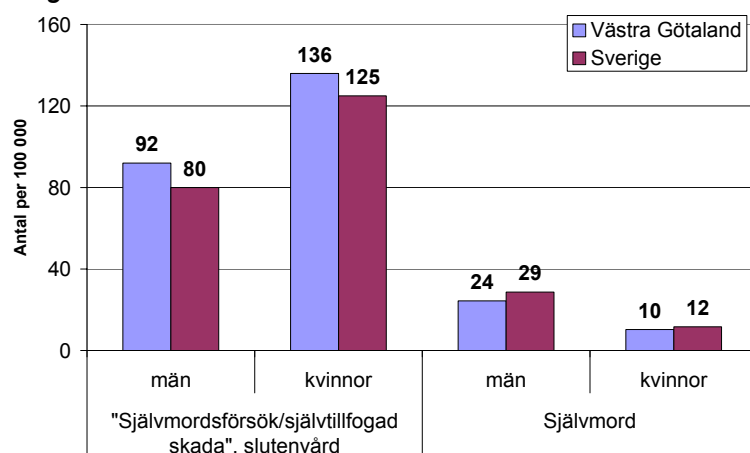
<sup>25</sup> NASP Nationellt centrum för suicidprevention och psykisk ohälsa

*Självordstankar och självmordsförsök*: Andel personer med självmordstankar och självrapporterade självmordsförsök i Västra Götaland är i nivå med riket.

”*Självordsförsök/självtilfogad skada*”: År 2005 hade 813 män och 1167 kvinnor vårdkontakt för ”självmordsförsök/självtilfogad skada”. Fler vårdades i slutenvård än i öppen vård, ca 85%. Diagram 30 visar att västragötalänningar vårdades inom slutenvård i högre utsträckning än svenska män och kvinnor.

*Självord*: År 2003 tog 127 män och 49 kvinnor i Västra Götaland sitt liv. Andelen självmord var lägre än i Sverige, se diagram 30.

Diagram 30



Källa: Patientregistret (NASP) 2001-2003, Dödsorsaksregistret 1999-2003

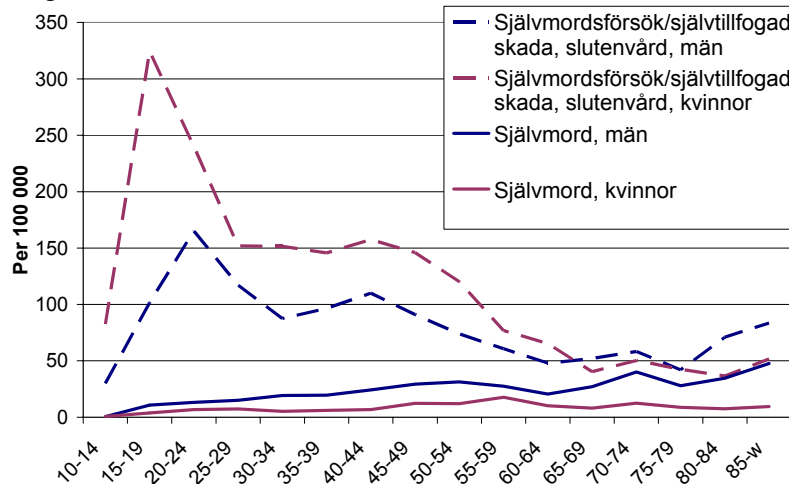
- *Åldersgrupper*

*Självordstankar* uppges i betydligt större utsträckning av yngre personer än av äldre personer. I synnerhet när det gäller kvinnor. I åldersgruppen 16-24 år uppges 28 procent av kvinnorna och 13 procent av männen att de övervägt att ta sitt liv. *Självordsförsök* förekommer också i större utsträckning hos yngre än äldre, framförallt bland kvinnor. De som försökt ta sitt liv *en gång* är mer än dubbelt så många som de som försökt flera gånger.

”*Självordsförsök/självtilfogad skada*”: Diagram 31 visar att antal personer som slutenvårdats för ”självmordsförsök/självtilfogad skada” är betydligt vanligare bland yngre än bland äldre för båda könen. Samma mönster observeras för öppenvård vid sjukhus.

*Självord*: Här är det tvärtom en högre frekvens bland äldre, se diagram 31. Bland män är andelen självmord högst i åldersgruppen 65 år och äldre, bland kvinnorna är den högst i åldersgruppen 45-64 år.

Diagram 31



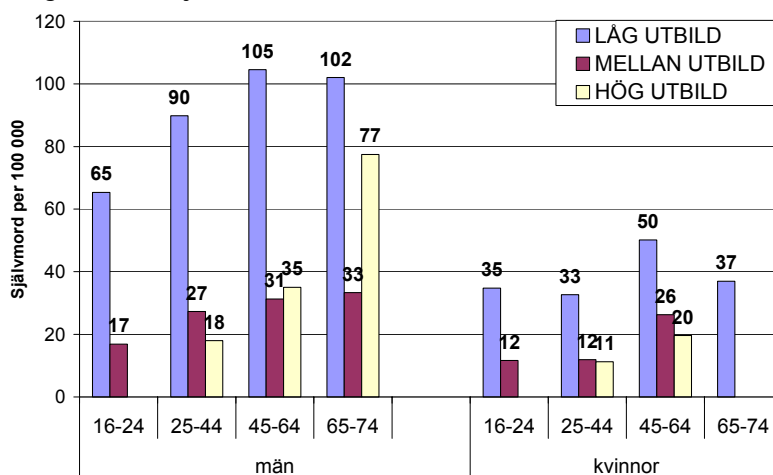
Källa: Vårddatabasen Vega, Dödsorsaksregistret 2001-2003

- *Sysselsättning mm*

*Självmoedstankar* och *självmoedsförsök* är i Sverige vanligare bland arbetslösa, förtidspensionärer och långtidssjukskrivna än bland yrkesarbetande.<sup>26</sup> Minst vanligt är det bland ålderspensionärer. Självmoedstankar och självmoedsförsök är även vanligare bland invånare födda utanför Europa än bland övriga. Ekonomisk osäkerhet är också vanligt bland personer med självmoedstankar och personer som gjort självmoedsförsök. Sannolikt är resultaten liknande i Västra Götaland.

*Självmoed*: Diagram 32 visar att självmoed i Västra Götaland är vanligare bland personer med låg utbildning än med högre utbildning i alla åldersklasser. Bland kvinnor äldre än 65 år med mellan- och hög utbildning är det för få fall för att de ska kunna ligga till grund för statistik.

Diagram 32, Självmoed



Källa: Dödsorsaksregistret, Utbildningsregistret 1999-2003

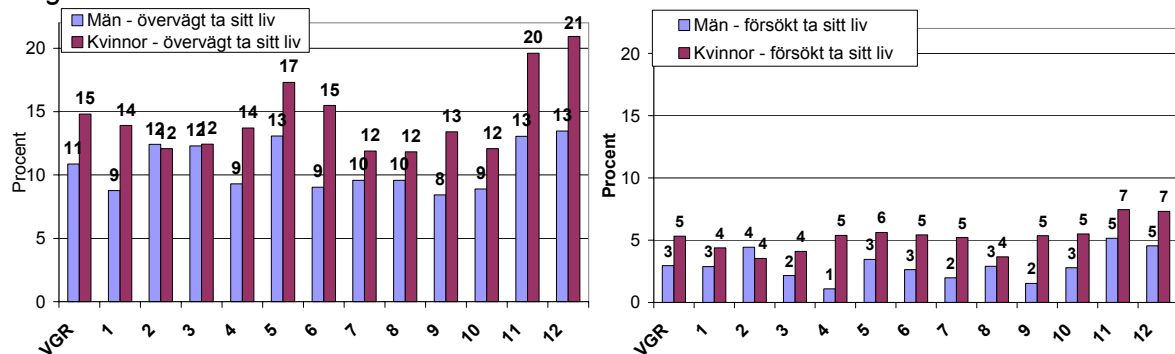
<sup>26</sup> Hälsa på lika villkor, Resultat från nationella folkhälsoenkäten 2005, Statens folkhälsoinstitut

- *Inomregionala mönster*

*Självordstankar och självmordsförsök*: Diagram 33 visar att förhållandevis många personer uppger självordstankar och självmordsförsök i Göteborg Hisingen (HSN 11) och Nordöstra Göteborg (HSN 12). Självordstankar är även vanligare bland män i Göteborg Centrum-Väster (HSN 5). Högt värde för självmordsförsök noteras också för män i Dalsland (HSN 2).

Lägst andel män som uppger självmordsförsök har respondenterna Mellersta Bohuslän (HSN 4) och Västra Skaraborg (HSN 9). Bland kvinnorna ligger Norra Bohuslän (HSN 1), Dalsland (HSN 2), Trestad (HSN 3) och Sjuhärad (HSN 8) lägre än länsgenomsnittet.

Diagram 33



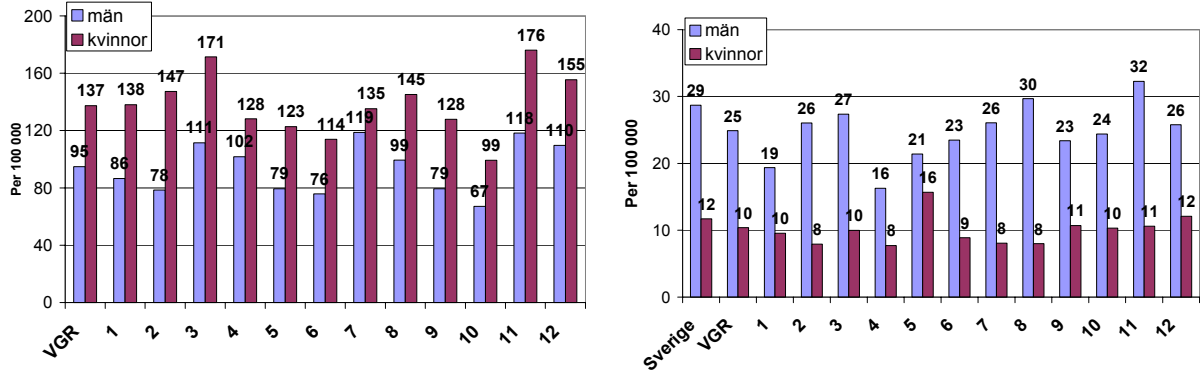
Källa: Folkhälsoenkäten 2005

*”Självtilfogad skada/självordsförsök”*: Diagram 34 visar att antal personer över 15 år som slutenvårdats är högst i Trestad (HSN 3) och Göteborg Hisingen (HSN 11). Högt värde observeras även för män i Södra Bohuslän (HSN 7). Klart lägst nivåer hade Östra Skaraborg (HSN 10) följt av Mittenälvsborg (HSN 6). Variationen mellan nämnderna märks i alla åldersklasser. I samtliga HSN-områden minskar antal vårdkontakter med ökande ålder. Detta med undantag för män i Norra Bohuslän (HSN 1) och Trestad (HSN 3), där frekvensen är störst i åldersgruppen 25-44. I Dalsland (HSN 2) ökar antalet vårdkontakter bland män med stigande ålder upp till 65 år för att sedan minska.

*Självord*: Diagram 35 visar att andelen självord bland män är högst i Sjuhärad (HSN 8) och i Göteborg Hisingen (HSN 11). Bland kvinnor ligger Göteborg Centrum-Väster (HSN 5) högst. Självorden var minst vanligt förekommande i Mellersta Bohuslän (HSN 4). Även män i Norra Bohuslän (HSN 1) och kvinnor i Södra Bohuslän (HSN 7) och Södra Älvsborg (HSN 8) hade låga värden.

Män i Göteborg Centrum-Väster hade en mycket högre andel självord bland högt utbildade än resten av länet, 17 fall mot förväntat 6.

Diagram 34, "Självmordsförsök/självtilfogad skada" Diagram 35, Självmord

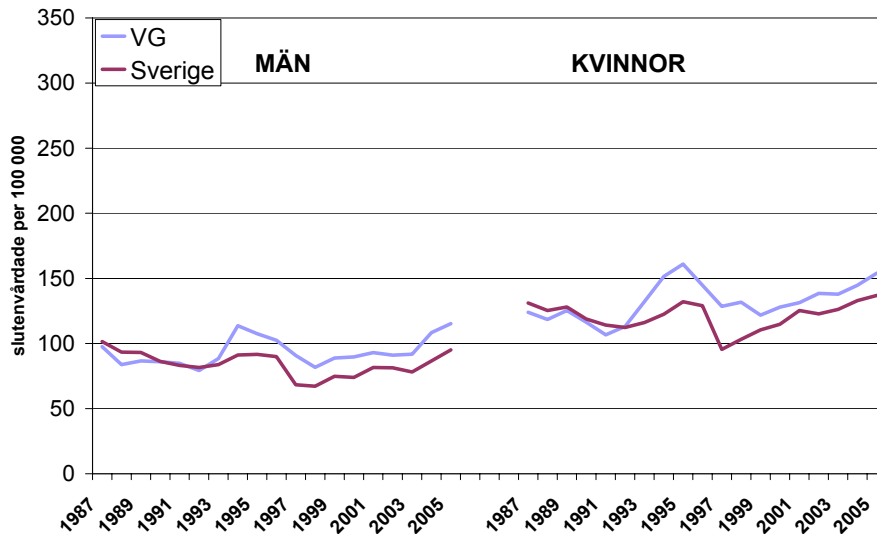


Källa: Värddatabasen Vega 2001-2005, Dödsorsaksregistret 1999-2003, åldersstandardiserat

### 8.1.2 Utveckling

"Självmordsförsök/självtilfogad skada": Diagram 36 visar att antalet slutenvårdade svenskar, 15 år och äldre, minskat sedan 1987, både bland män och kvinnor. Men från år 1999 ses en ökning, framförallt i åldersgruppen 15-24 år. Ökningen bland de unga gäller i Västra Götaland både kvinnor och män, i riket enbart kvinnor.

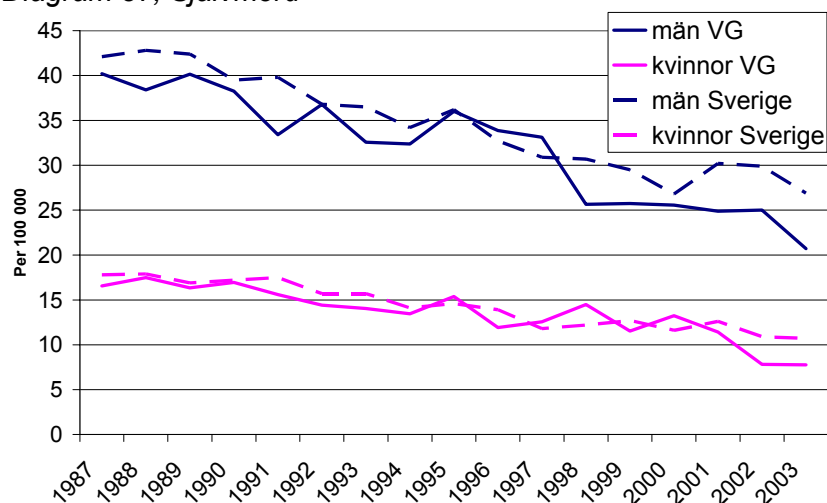
Diagram 36, "Självmordsförsök/självtilfogad skada"



Källa: Patientregistret

*Självmord*: Diagram 37 visar att andelen personer som begått självmord minskat betydligt sedan slutet av 1980-talet och att trenden står sig, både i Sverige och Västra Götaland. I Västra Götaland har självmordstalet halverats både för män och kvinnor mellan 1987 och 2003. För rikets män 15-24 år märks dock vissa ökningstendenser under senaste femårsperioden. Framtiden får visa om det rör sig om ett trendbrott. I Västra Götaland har femårsmedelvärdena för självmordstalen bland unga män och kvinnor varit oförändrade sedan början av 1990-talet.

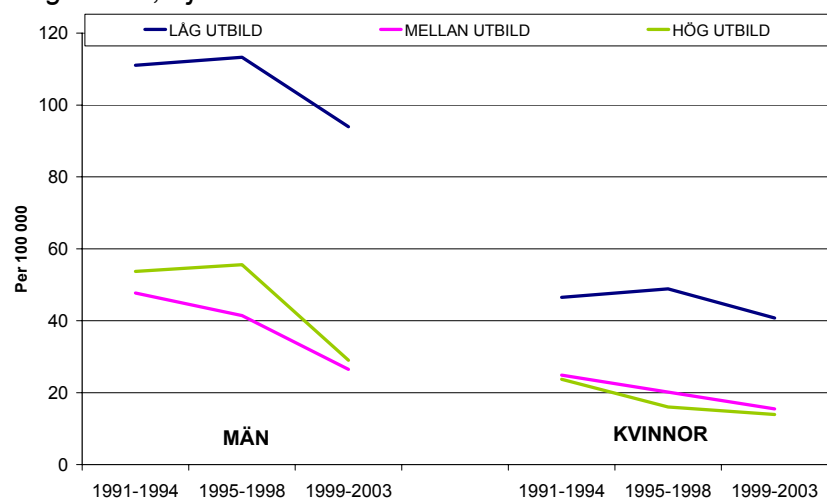
Diagram 37, Självmord



Källa: Dödsorsaksregistret (NASP)

Diagram 38 visar att minskningen över tid för självmord gäller oavsett utbildningsnivå, för både kvinnor och män.

Diagram 38, Självmord



Källa: Dödsorsaksregistret, Utbildningsregistret SCB

Antalet självmord har minskat i alla HSN-områden mellan 1987-1990 och 1999-2003, men inte riktigt lika mycket. Skillnaderna kan bero på olika utgångslägen, men även på stor slumpmässig variation. Det senare på grund av små tal.

## 8.2 Bedömning

Vad gäller självmordsförsök finns ingen heltäckande statistik. Många fall kommer aldrig till någon myndighets eller vårdgivares kännedom; ”mörkertalet” är stort.

Vid klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem finns inte diagnoserna självmordsförsök eller självmord. Istället har diagnoserna ”självdestruktiv handling” samt ”skadehändelser med oklar avsikt” använts. I rapporten benämns dessa ”självmordsförsök/självtilfogad skada” respektive självmord. ”Självmordsförsök/självtilfogad skada” rymmer inte enbart självmordsavsikt. Det inbegriper även avsiktligt tillfogad skada i ångestdämpande syfte – ett ökande fenomen bland ungdomar.

Avsaknaden av diagnoser från privata vårdenheter påverkar inte utfallet av ”självmordsförsök/självtilfogad skada” nämnvärt, eftersom privata sjukhus inte bedriver denna typ av slutenvård. Däremot kan skillnader i diagnossättning vid olika sjukhus i regionen påverka utfallet.

Att Västra Götaland har högre andel personer slutenvårdade för ”självmordsförsök/självtilfogad skada” än riket kan i grunden bero på två faktorer: Större benägenhet att göra självmordsförsök och/eller skillnader i praxis för registrering. Troligen är båda faktorerna involverade, men det är här inte möjligt att avgöra i vilken utsträckning.

Svarsfrekvensen i folkhälsoenkäten är relativt låg och varierar mellan nämndområden. Detta bortfall innebär sannolikt att självmordstankar och självrapporterade självmordsförsök är underskattade, framförallt i områden med hög andel socioekonomiskt svaga grupper. Vidare bör resultaten för Norra Bohuslän, Dalsland, Trestad, Västra och Östra Skaraborg tolkas med större försiktighet än utfallet för övriga områden på grund av små statistiska urval.

## 9 Slutsatser

I denna rapport har mätverktyg av vitt olika karaktär använts för att spegla den psykiska ohälsan i Västra Götaland.

Självmondsstatistiken reflekterar på ett relativt entydigt sätt psykisk ohälsa. Det torde man också kunna säga om vissa svarsalternativ på de frågor i Folkhälsoenkäten som här valts ut. Men det finns nackdelar med båda dessa verktyg. En vanlig invändning mot självmondsstatistiken är att den enbart fångar en mycket liten del av den psykiska ohälsan, den allvarligaste delen. Folkhälsoenkäten kan ifrågasättas för det stora bortfallet, ett tillkortakommande som denna enkät delar med de flesta andra enkäter.

Vårddatauppgifterna, läkemedelsförsäljningen och sjukskrivningsstatistiken är utan tvekan också av stort intresse när det gäller att få en bild av den psykiska ohälsan i länet. Men dessa mätverktyg är tvetydiga. De speglar både befolkningens behov av sjukvård på grund av psykisk ohälsa och sjukvårdens och sjukskrivningssystemets förmåga att tillgodose detta behov. Ett högt värde inom en viss del av regionen för t.ex. vårdkontakter för ”självmondsförsök/självtilfogad skada” behöver inte vara ett tecken på högre psykisk ohälsa. Det kan vara en effekt av en förhållandevis väl fungerande sjukvård i detta område (bra tillgänglighet, god bemanning inom vården, hög kompetens, god diagnostik, säker registrering, tillförlitlig redovisning m.m.).

Det kan alltså ha en naturlig förklaring att ett område har en hög självmondsfrekvens samtidigt som man har relativt lågt värde vad gäller vårdkontakt för ”självmondsförsök/självtilfogad skada” och antidepressiv medicin – även om det vid en första anblick ter sig motsägelsefullt.

Jämförelser av olika områden och grupper är utan tvekan av stort intresse vid studier av ohälsa. Det är i allmänhet så vi får en bild om vad som är mycket/lite, högt/lågt, bra/dåligt. Men psykisk ohälsa har en sådan omfattning och utbredning att den egentligen inte borde betecknas som ”låg” i några jämförelser. Det är ett av våra allra största folkhälsoproblem.

Det bör även betonas att samtliga mätvärden i denna rapport sannolikt innebär en underskattning av den totala omfattningen. Psykisk ohälsa är svårt att mäta på ett bra sätt. Ändå är det viktigt att försöka. Det är genom att följa utvecklingen av den psykiska ohälsan och dess orsaker – inte minst djupgående socioekonomiska skillnader – som det blir möjligt att bättre mobilisera och rikta resurserna i ett nödvändigt folkhälsoarbete.

Mot denna bakgrund vill utredningen dra följande slutsatser beträffande den psykiska ohälsan hos invånarna i Västra Götaland:

## NULÄGE

---

- **Genomsnittligt sett skiljer sig inte den psykiska ohälsan i Västra Götaland och riket – i grunden är det samma mönster. Men länets invånare har *högre* ”ohälsovärden” för:**

- riskabla alkoholvanor bland män
- ”självordsförsök/självtilfogad skada”, mätt med slutenvårdsdata
- försäljning av psykofarmaka och andel konsumenter av psykofarmaka

samt något *lägre* värden än riket för:

- självmord

- **Det finns klara skillnader mellan kvinnor och män vad gäller psykisk ohälsa:**

*män* har klart högst värden för:

- riskabla alkoholvanor och spelvanor
- missbruksdiagnos vid sjukvårdskontakt
- självmord

*kvinnor* har klart högst värden för:

- ”nedsatt psykiskt välbefinnande”
- självrapporterade sömnsvårigheter, huvudvärk, stress, ångslan/oro/ångest
- sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa
- depressionsdiagnos vid sjukvårdskontakt
- självrapporterad konsumtion av psykofarmaka de senaste tre månaderna
- psykofarmaka inköpt vid apotek (ej individdata)
- långa sjukfall (> 60 dagar) med psykisk-ohälsa-diagnos
- självmordstankar och självrapporterade självmordsförsök
- sjukvårdskontakt för ”självordsförsök/självtilfogad skada”

- **Psykisk ohälsa är vanligt i alla åldersgrupper – men kommer till uttryck på olika sätt:**

- *Barn och skolungdomar (0-14 år)*: datakällorna i denna rapport är inte tillräckliga för att kunna ligga till grund för någon meningsfull slutsats
- *Unga vuxna (15-24 år)* har i stor utsträckning slutenvårdats för ”självordsförsök/självtilfogad skada”. Kvinnor uppger i hög grad ”nedsatt psykiskt välbefinnande”, ångslan/oro/ångest, självmordstankar och självrapporterade självmordsförsök
- *Åldersgruppen 25-44 år* har i hög utsträckning haft vårdkontakt för ”stresstillstånd” samt hög andel långa sjukfall till följd av psykisk ohälsa
- *Åldersgruppen 45-64 år* har hög andel individer med sömnsvårigheter, ”missbruksdiagnos” och självmordsfrekvens för kvinnor
- *Äldre (65-w år)* har hög andel sjukvårdskontakter för psykisk ohälsa, hög konsumtion av psykofarmaka samt hög självmordsfrekvens för män

- **Inomregionalt finns tydliga skillnader i psykisk ohälsa:**

**Höga** ”ohälsovärden”:

- *Nordöstra Göteborg (HSN 12)*: självskattad psykisk ohälsa, sjukvårdskontakter för psykisk ohälsa, försäljning psykofarmaka, självmordstankar, självrapporterade självmordsförsök, slutenvårdade ”självmordsförsök/självtilfogad skada”, självdeklarerad konsumtion av psykofarmaka (män)
- *Göteborg Hisingen (HSN 11)*: sjukvårdskontakter för psykisk ohälsa, försäljning psykofarmaka, självmordstankar, självrapporterade självmordsförsök, slutenvårdade ”självmordsförsök/självtilfogad skada”, självskattad psykisk ohälsa (kvinnor), självmord (män)
- *Trestad (HSN 3)*: sjukvårdskontakter för psykisk ohälsa, försäljning psykofarmaka, långa sjukfall för psykisk ohälsa, slutenvårdade ”självmordsförsök/självtilfogad skada”, självskattad psykisk ohälsa (kvinnor), självdeklarerad konsumtion av psykofarmaka (män)
- *Göteborg Centrum-Väster (HSN 5)*: sjukvårdskontakter för psykisk ohälsa, försäljning psykofarmaka, självmordstankar (män), självmord (kvinnor)
- *Sjuhärad (HSN 8)*: självmord (män)
- *Södra Bohuslän (HSN 7)*: långa sjukfall för psykisk ohälsa (kvinnor), slutenvårdade ”självmordsförsök/självtilfogad skada” (män)

**Låga** ”ohälsovärden”:

- *Östra Skaraborg (HSN 10)*: sjukvårdskontakter för psykisk ohälsa, försäljning psykofarmaka, långa sjukfall för psykisk ohälsa, slutenvårdade ”självmordsförsök/självtilfogad skada”, självskattad psykisk ohälsa (kvinnor),
- *Västra Skaraborg (HSN 9)*: självskattad psykisk ohälsa, försäljning psykofarmaka, långa sjukfall för psykisk ohälsa, självdeklarerad konsumtion av psykofarmaka (kvinnor)
- *Mellersta Bohuslän (HSN 4)*: självmord, självskattad psykisk ohälsa (män), självdeklarerad konsumtion av psykofarmaka (män)
- *Norra Bohuslän (HSN 1)*: självdeklarerad konsumtion av psykofarmaka (män), självmord (män)
- *Sjuhärad (HSN 8)*: försäljning psykofarmaka, självdeklarerad konsumtion av psykofarmaka (kvinnor), självmord (kvinnor)
- *MittenÄlvsborg (HSN 6)*: försäljning psykofarmaka
- *Dalsland (HSN 2)*: självmord (kvinnor)
- *Södra Bohuslän (HSN 7)*: självmord (kvinnor)

- **Pågående långa sjukfall (>60 dagar) med psykisk-ohälsa-diagnos är ett tveksamt mätverktyg vad gäller långvarig psykisk ohälsa inom arbetskraften – mätvärdena påverkas i vissa avseenden alltför mycket av sjukskrivningssystemets svårigheter att fungera optimalt**
- **Statistiken talar för att den självmordsnära psykiska ohälsan är vanligare bland förtidspensionärer, långtidssjukskrivna, arbetslösa, personer med ekonomisk osäkerhet, kort utbildning och bland utomeuropeiska invandrare**

- **UTVECKLING**

---

- **I ett långsiktigt perspektiv (1990-2005), finns tecken som tyder på att psykisk ohälsa bland ”yngre” har försämrats, i såväl Västra Götaland som riket:**
  - Andel personer med ängslan/oro/ångest har ökat, framförallt bland yngre
  - Försäljningen av psykofarmaka har ökat, särskilt bland yngre
  - Andelen invånare som slutenvårdats för ”själmordsförsök/självtillfogad skada” har ökat i åldersgruppen 15-24 år för både män och kvinnor – i riket endast för kvinnor
  - Till skillnad från övriga åldersgrupper minskar inte längre antalet självmord i åldersgruppen 15-24 år
- **För åldersgruppen 65 år och äldre noteras inga tecken på någon väsentlig förändring av den psykiska ohälsan**

## BILAGA 1 Uppdragshandling

### Uppdragshandling – Epidemiologisk beskrivning av psykisk ohälsa i Västra Götaland

#### **Bakgrund**

I budget för 2006 anges att regionen skall sammanställa epidemiologiska data för psykisk ohälsa i Västra Götaland. Regionstyrelsen beslöt den 21 juni 2005 att ge hälso- och sjukvårds-utskottet i uppdrag att verkställa detta.

I fullmäktiges budget finns prioriterade mål och andra uppdrag som rör psykisk ohälsa och sjukdom. Regionfullmäktige har även antagit en regional utvecklingsplan för psykiatri som skall följas upp med lokala planer.

#### **Begreppet psykisk ohälsa**

*Psykisk ohälsa* är upplevelse av och/eller brist på tillräckligt god egen funktion och förmåga att möta livets utmaningar och knuten till intellektuell förmåga, känsloliv, minne osv. Psykisk ohälsa utgår från hur individen själv upplever sin situation och mäts vanligtvis med hjälp av självskattningsformulär. Psykisk ohälsa kan, men behöver inte innebära psykisk störning.

*Psykiska störning* eller *psykiatriskt tillstånd* är professionella beteckningar på sådan psykisk ohälsa som på grund av symtom eller nedsatt psykosocial funktionsförmåga ska klassificeras enligt WHO:s diagnosmanual ICD-10.

*Psykiskt funktionshinder* är en långvarig, medfödd eller genom sjukdom/skada förvärvad nedsättning av psykiska funktioner som kan vara förenade med psykisk ohälsa. Utfallet är beroende av omgivningens och miljöns krav.

#### **Uppdrag**

Uppdraget skall redovisas skriftligt och ge läsaren en överskådlig bild av den psykiska ohälsan sett ur ett befolkningsperspektiv. Redovisningen skall omfatta självupplevd psykisk ohälsa, psykiska störningar/psykiatriska tillstånd och psykiska funktionshinder.

Rapporten skall ge svar på följande frågor:

- Hur omfattande är den psykiska ohälsan uppdelad på kön och åldersgrupper?
- Hur har den psykiska ohälsan utvecklats under senare år?
- Hur omfattande är de diagnostiserade psykiska störningarna/psykiatriska tillstånden och de psykiska funktionshindren i olika kön - och åldersgrupper?
- Finns det några betydande inomregionala skillnader i psykisk ohälsa?
- Hur ser den psykiska ohälsan ut i Västra Götaland jämfört med riket?
- Vilka är de viktigaste påverkansfaktorerna för psykisk ohälsa enligt nu tillgänglig kunskap och hur har dessa utvecklats under senare år?

En utgångspunkt vid val av datakällor skall vara den inventering som skett inom ramen framtagandet av Regional utvecklingsplan för psykiatri.

#### **Organisation och ansvar**

Analysenheten inom hälso- och sjukvårdsavdelningen har huvudansvaret för att budget-uppdraget fullgörs.

Psykisk ohälsa i form av psykiska störningar/psykiatriska tillstånd och psykiska funktionshinder skall beskrivas med hjälp av existerande registerdata inom regionens primärvård, den öppna psykiatriska vården samt den slutna sjukhusvården. Så långt möjligt skall data rörande privat vård ingå. Epidemiologifunktionen inom analysenheten svarar för planering, utförande och redovisning av denna del.

Den psykiska ohälsan skall också beskrivas oberoende av diagnostiserade psykisktriska diag-noser. Det ska ske med hjälp av andra datakällor som vanligen används som indikatorer på psykisk ohälsa. Jan Maesel och Anders Lindgren svarar för detta och för samordningen av hela uppdraget.

Det redaktionella ansvaret tillkommer ett redaktionsutskott bestående av Bengt Kron, Staffan Björck, Jan Maesel och Anders Lindgren.

En referensgrupp som utses av hälso- och sjukvårdsdirektören skall bildas för att stödja och följa arbetet.

### ***Tid- och arbetsplan***

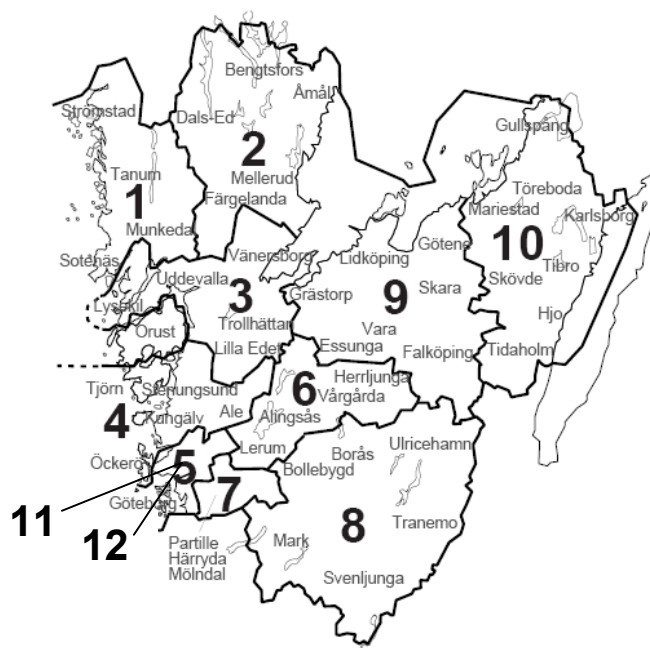
En detaljerad tid – och arbetsplan skall presenteras för referensgruppen och analyschefen i slutet av januari 2006. Om så är lämpligt kan delar av utredningsresultatet presenteras före slutrapporten.

Slutrapporten skall presenteras för hälso- och sjukvårdsutskottet i november 2006.

Lars-Olof Rönnqvist  
Hälso- och sjukvårdsdirektör



## Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsnämnder



---

Hälso- och sjukvårdsavdelningen  
Analysenheten  
Regionens Hus  
541 80 Skövde  
[www.vgregion.se](http://www.vgregion.se)