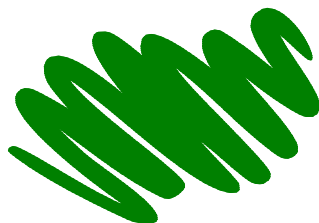


Psykisk ohälsa

*- omfattning och utbredning bland
invånarna i Västra Götaland*



Underlagsrapport

Hälsa- och sjukvårdsavdelningen
Analysenheten
december 2006

1 Uppdrag	4
2 Allmänt om psykisk ohälsa	5
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
3 Datakällor	11
3.1 Folkhälsoenkäten 2005; ”Hälsa på lika villkor”.....	11
3.2 Vårddatabasen Vega.....	11
3.3 Patientregistret, Socialstyrelsen.....	12
3.4 Apotekets databas X-plain.....	12
3.5 Försäkringskassans statistik.....	12
3.6 Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.....	13
4 Självs kattad psykisk ohälsa	14
4.1 Metod.....	15
4.2 Utfall.....	16
4.2.1 Nuläge.....	16
4.2.2 Utveckling.....	18
4.3 Bedömning.....	20
5 Psykisk ohälsa och sjukvårdsnyttjande	21
5.1 Metod.....	22
5.2 Utfall.....	23
5.2.1 Nuläge.....	23
5.3 Bedömning.....	31
6 Psykofarmaka – försäljning och självrapporterad konsumtion	33
6.1 Metod.....	34
6.2 Utfall.....	35
6.2.1 Nuläge.....	35
6.2.2 Utveckling.....	40
6.3 Bedömning.....	43
7 Pågående långa sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnos	45
7.1 Metod.....	46
7.2 Utfall.....	47
7.2.1 Nuläge.....	47
7.2.2 Utveckling.....	51
7.3 Bedömning.....	53
8 Självmordstankar, självmordsförsök och självmord	55

8.1 Metod	57
8.2 Utfall	59
8.2.1 Nuläge	59
8.2.2 Utveckling	66
8.3 Bedömning	69
9 Slutsatser	71
<i>BILAGA 1 Uppdragshandling</i>	75
<i>BILAGA 2 Definitioner av begrepp</i>	77
<i>BILAGA 3 GHQ12</i>	82
<i>BILAGA 4 Diagnoser som indikerar psykisk ohälsa</i>	83
<i>BILAGA 5 Bortfallsanalys privat bedrivna vårdgivare</i>	85

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.¹ 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 utgör en underlagsrapport till huvudrapporten ”Psykisk ohälsa – omfattning och utbredning bland invånarna i Västra Götaland”. Den ger en utförligare redovisning av datakällor, metod, utfall och bedömningar. Läsare som önskar en mer kortfattad version som fokuserar på de viktigaste resultaten hänvisas till huvudrapporten, vilken finns upptryckt samt på analysenhetens hemsida (www.vgregion.se).

¹ 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

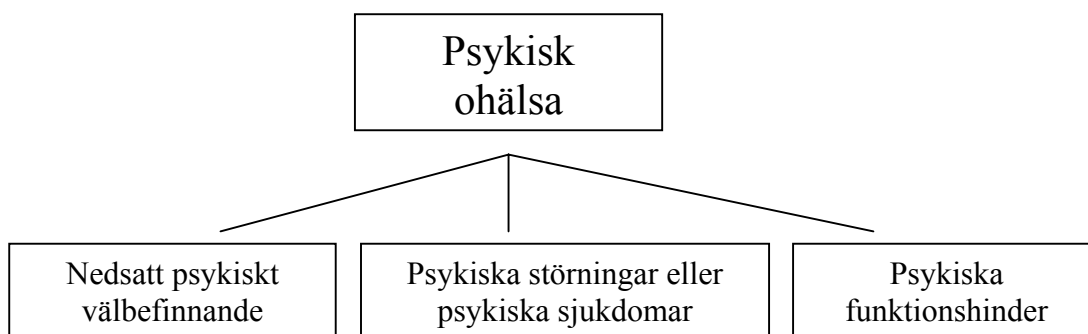
I de flesta fall råder balans mellan dessa tre förhållanden, så att vardagen kan hanteras. Det är när denna balans rubbas som det uppstår stress och i förlängningen ohälsa. Förmågan att hantera stress varierar mellan människor, beroende både på individernas egna resurser i vid mening och på emotionellt, 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.²

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.³

2.1 Begrepp

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



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

³ Folkhälsorapport 2005. Socialstyrelsen 2005, artikelnummer 2005-111-4.

”*Psykisk ohälsa*” är ett diffust begrepp. Detta tydliggörs i Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsrapport 2005.⁴ 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 2005.⁵ 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.”⁶ 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.⁷ Begreppet används inte i denna rapport.

⁴ Hälso- och sjukvårdsrapport 2005. Socialstyrelsen 2005, artikelnummer 2005-111-2.

⁵ Folkhälso-rapport 2005. Socialstyrelsen 2005, artikelnummer 2005-111-4.

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

⁷ 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 ursprung⁸ 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

⁸ 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.⁹ Enligt den svenska Lundbystudien är livstidsrisken för en kvinna att få depression 49 procent och för en man 28 procent.¹⁰ 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.¹¹

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.¹² 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.

⁹ Prop. 2002/03:35

¹⁰ Rorsman m fl 1990

¹¹ Folkhälsorapport 2005. Socialstyrelsen 2005, artikelnummer 2005-111-2.

¹² 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.¹³ 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.¹⁴

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.¹⁵ 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.¹⁶ 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.¹⁷

¹³ Undersökningar om levnadsförhållanden, ULF, Statistiska Centralbyrån

¹⁴ Sven Bremberg. Ungdomars Stress och psykiska ohälsa, SOU 2006:77

¹⁵ Sven Bremberg. Ungdomars Stress och psykiska ohälsa, SOU 2006:77

¹⁶ Undersökningar om levnadsförhållanden, ULF 2002/03, Statistiska Centralbyrån

¹⁷ 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 ångslan, oro, ångest ökade med nära 60 procent mellan 1989 och 1994.¹⁸ 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 1997/98.¹⁹ 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 (sömnlöshet, ångslan, oro och huvudvärk) med långtids-effekter för hälsan”.²⁰

I en efterskrift till Michael Marmots bok Statussyndromet, finner Töres Theorell att de viktigaste förklaringarna både till den försämrade psykiska ohälsan och de ökade långtidssjukskrivningarna förmodligen ligger i:

- Stora strukturella förändringar i arbetslivet som medfört minskat behov av kortutbildad arbetskraft och ökad intolerans mot partiell arbetsförmåga.
- Överbelastning av kvinnor i arbetskraften vilka fortfarande har huvudansvaret för hemarbetet.
- Ökad tystnad i arbetslivet gör att sjukskrivning för den som inte kan påverka sin arbetssituation kan vara enda vägen ut.
- Ett med internationella mått alltför inaktivt försäkringssystem och en otillräcklig satsning på effektiv rehabilitering.

¹⁸ Socialdepartementet. SOU 2000:41, sid 36-37.

¹⁹ SOU 2000:41, sid. 36

²⁰ Joachim Vogel m.fl. SCB. DN debatt 2006.11.01.

3 Datakällor

I detta avsnitt beskrivs de datakällor som använts för att ta fram material till rapporten. Mer detaljerad beskrivning om de aktuella måtten finns under respektive avsnitts metodavsnitt.

3.1 Folkhälsoenkäten 2005; "Hälsa på lika villkor"

"Hälsa på lika villkor" är en nationell folkhälsoenkät som genomförts åren 2004, 2005 och 2006. Undersökningen sker inom ramen för ett fortlöpande samarbete mellan Statens folkhälsoinstitut (FHI) och Sveriges landsting/regioner och genomförs med hjälp av Statistiska centralbyrån (SCB). Totalt innehåller enkäten ett 70-tal frågor varav ett tjugotal gäller psykisk ohälsa.

"Hälsa lika villkor" är en stratifierad urvalsundersökning avseende åldersgruppen 16-84 år. För Västra Götalands del innebär detta att enkäten år 2005 omfattade 16 253 svarande personer. Av mättekniska samt resursberoende skäl skiljde sig urvalets storlek mellan olika hälso- och sjukvårdsnämndsområden (HSN-områden).

När det gäller urvalsundersökningar är det viktigt att få så många som möjligt att svara – givet syftet att få fram resultat som är generaliserbara. I 2005 års mätning uppgick bortfallet i Västra Götaland till 37,6 procent. Högst var det i HSN-område 12 (45%) och lägst i HSN-område 9 (34%). Tillkommer gör bortfall i form överhoppade frågor. Sannolikt innebär detta att grupper med förhållandevis dålig hälsa är överrepresenterade i bortfallet, och att resultatet därmed underskattar den verkliga psykiska ohälsan. Detta hindrar inte att det också kan föreligga ett visst systematiskt bortfall i grupper som har en förhållandevis god psykisk hälsa.

För att minska effekterna av bortfallet (men även av förekommande urvalsfel) har SCB viktat upp svaren från de grupper som är underrepresenterade i undersökningen. Omvänt har man viktat ner svaren från grupper som är överrepresenterade. För att använda statistikerspråk: man har kalibrerat materialet.

För mer information om metod, se rapporten "Hälsa på lika villkor i Västra Götaland 2005", samt "Teknisk rapport". Båda finns att ladda ned på hemsidan www.vgregion.se/nfhe.

3.2 Vårddatabasen Vega

I denna rapport redovisas bl.a. sjukvårdsnyttjande (avsnitt 5) och "självordsförsök/självtilfogade skador" (avsnitt 8). Dessa uppgifter har hämtats ur vårddatabasen Vega.

Till vårddatabasen Vega levereras individbaserad vårddata från regionens olika vårddataregister enligt specifikation sedan år 2000. Det betyder att den rymmer data som härrör från såväl egna som privat bedrivna sjukhus och primärvårdsenheter och från privatpraktiserande läkare. Från de privatpraktiker som ersätts enligt statlig taxa/Lagen om läkarvårdsersättning (majoriteten) föreligger knappt några medicinska uppgifter, dvs inga uppgifter om diagnoser/åtgärder. Från de privatpraktiker som är ersatta enligt vårdavtal med hälso- och sjukvårdskanslierna är rapporteringen av diagnoser/åtgärder sannolikt inte fullständig. Från icke offentligt finansierade vårdgivare saknas uppgifter helt. Bortfaller gör också diagnoser/åtgärder från vårdkontakter som länets invånare haft utanför Västra Götaland. Vårddatabasen Vega är under fortlöpande utveckling och blir mer komplett för var år.

Vega kan alltså med ovan angivna undantag ge svar på hur mycket vård av olika typ som utförts av ett visst sjukhus, en viss primärvårdsenhet eller av en viss privatpraktiker. Och det går att få fram var i länet de olika vårdkonsumenterna bor samt deras kön och ålder. Detta innebär att Vega gör det möjligt att t ex jämföra vårdkonsumtionen hos invånarna i olika HSN-områden. Det går således även att jämföra andelen invånare i olika områden som haft sjukvårdskontakt. I och med att uppgifterna är individbaserade är det också möjligt att studera enskilda individers kontaktmönster; att beskriva hur frekventa olika kombinationer av vårdkontakter är. Betonas bör att individdata enbart kan tas fram ur Vega i avidentifierad form.

3.3 Patientregistret, Socialstyrelsen

”Självmoordsförsök/självtilfogade skador” (avsnitt 8) på nationell nivå och i vissa fall på VG-nivå baseras på Socialstyrelsens patientregister. Uppgifterna har inhämtats via NASP (Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa).

Patientregistret handhas av Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen och innehåller slutenvårdsstatistik för hela riket. Heltäckande redovisning av avslutade vårdtillfällen kan här erhållas från och med år 1987. Närmare bestämt kan man få fram uppgifter om diagnoser, operationer, yttre orsaker till skador, kön, ålder, hemort, sjukhusspecialitet samt in- och utskrivningssätt. Registret uppdateras varje år. Även öppenvårdsdata från s k dagkirurgisk verksamhet och läkarbesök i öppen vård exklusive primärvård ingår numer i Patientregistret. Dessa uppgifter är dock fortfarande ofullständiga. Fram till och med 1997 var enbart offentliga sjukvårdshuvudmän skyldiga att lämna uppgifter till Patientregistret. Från 1998 har alla som bedriver hälso- och sjukvård denna skyldighet.

En fördel med Patientregistret är att det till skillnad från VGR's vårddatabas också innehåller vårdtillfällen som länets invånare genomgått inom andra landsting/regioner än VGR.

3.4 Apotekets databas X-plain

Apoteket AB's försäljningsvolym av läkemedel finns tillgängliga i deras databas X-plain. Här registreras även alla de uppgifter som förekommer på läkarintyget: personuppgifter (kön, ålder, boende), uppgifter om förskrivare (arbetsplatskod, förskrivarkod), typ av läkemedel (ATC-kod), dosering, tidpunkt, apotek m.m.

Enligt avtal med Apoteket har VGR tillgång till denna databas. Den medger dock inte uttag av individdata i någon form. Det betyder att databasen inte kan ge information om antal individer som uthämtat en viss typ av läkemedel av viss mängd. Vad X-plain kan leverera är aggregerade data, dvs uppgifter om hur mycket läkemedel olika grupper – t ex åldersgrupper – hämtat ut från Apoteket AB.

3.5 Försäkringskassans statistik

En sjukskrivning kan omfatta heltid, eller deltid: $\frac{3}{4}$ tid, $\frac{1}{2}$ tid eller $\frac{1}{4}$ tid. Sedan 2003 gäller att deltid skall vara utgångspunkten då sjukskrivning övervägs, och att heltidssjukskrivningar ska motiveras mer utförligt än deltidssjukskrivningar²¹.

Huvudvillkoret för att en försäkrad individ skall erhålla ersättning från sjukförsäkringen är att han/hon har en *arbetsförmåga* som är orsakad av *sjukdom*. För att räknas ska arbetsförmågan motsvara minst en fjärdedel av personens normala arbetsförmåga. Första veckan bedömer individen själv om han/hon är sjuk och saknar arbetsförmåga. Nästa sjukvecka, när arbetsgivaren betalar, avgör läkaren. Därefter är det Försäkringskassan som ytterst avgör om ersättningsvillkoren är uppfyllda, inom ramen för fortlöpande kontrollverksamhet; skadereglering.

Sjukdom är till del en bedömningsfråga. Det som ska bedömas är om någon är sjuk enligt vanligt språkbruk eller enligt gällande medicinsk uppfattning. Beteckningen sjuk refererar till varje onormalt kropps – eller själstillstånd som inte hör ihop med livsprocessen. Det betyder att problem som har att göra med naturligt åldrande, havandeskap eller barnafödande som sjukdom inte ska betraktas som sjukdom.

Arbetsförmåga är i än högre grad en bedömningsfråga. Regelverket bjuder något förenklat att bedömningen görs i tre steg, där det i tur och ordningen gäller att besvara följande frågor: 1. Kan den sjukskrivne utföra sitt vanliga arbete? 2. Kan den sjukskrivne utföra annat arbete hos samma arbetsgivare utan att det kräver alltför långvarig rehabilitering? 3. Kan den sjukskrivne utföra annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete?

Om en person med sjukdom inte bedöms kunna utföra sitt vanliga arbete anses arbetsförmåga föreligga sjukskrivs han/hon. Steg 2 respektive 3 ska aktualiseras i ett senare skede. Men *när* är inte reglerat, med

²¹ Prop 2002/03:89

hänvisning till behovet av flexibilitet i handläggningen. Bedömning av arbetsförmåga påverkas i princip inte av om personen har arbete eller ej. Den som blir arbetslös behåller sin ersättningsnivå hos Försäkringskassan så länge han/hon söker arbete. Det är alltså inget som hindrar att en individ är arbetslös och sjukskriven samtidigt. Från och med den 1 juli 2003 är det dock inte möjligt att uppbära en högre sjukpenning än den ersättning som utbetalas via a-kassa. Detta för att motverka ett överutnyttjande av sjukförsäkringen.

När en person varit sjukskriven mer än fyra veckor har arbetsgivaren alltid skyldighet att utreda behovet av rehabilitering. För försäkringstagare som är arbetslösa åligger det försäkringskassan att göra motsvarande utredning. Andelen personer som fått hjälp med yrkesinriktad rehabilitering har minskat avsevärt sedan år 1999.

Då ett sjukfall pågått 1 år gäller att försäkringskassan ska ta ställning till fortsatt sjukersättning – om den ska kvarstå, dras in eller bytas ut mot sjukersättning/aktivitetsersättning.

Sjukersättning/aktivitetsersättning är ersättningsformer som sedan 2003 används istället för förtidspension och sjukbidrag. De kan beviljas den som av medicinska skäl fått sin arbetsförmåga nedsatt med minst en fjärdedel under minst ett år. Sjukersättning kan beviljas personer i åldern 30 – 64 år och kan tidsbegränsas när arbetsförmågan är långvarigt men inte varaktigt nedsatt. Aktivitetsersättning beviljas den som är i åldern 19 – 29 år. Den är alltid tidsbegränsad och kan kombineras med medverkan i olika aktiviteter som syftar till att tillvarata den enskildes möjligheter till utveckling och arbete.

3.6 Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

I dödsorsaksregistret finns alla svenska dödsfall registrerade. Det innehåller bl a uppgifter om dödsorsak(er), dödsår, ålder vid dödsfall. Registret handhas av Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen. I denna rapport används dödsorsaksregistret som källa vid redovisning av "självord" 1987-2003 (avsnitt 8). Data för Västra Götaland har beställts från Epidemiologiskt Centrum. Statistik över självmord på nationell nivå har hämtats på NASP's hemsida (<http://www.ki.se/suicide>).

4 Självskattad 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 Metod

Redovisningen i detta avsnitt grundar sig på 24 frågor i folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor”. Utfallet för 12 av dessa frågor redovisas i sammantagen form under beteckningen GHQ12. Dessa frågor mäter i huvudsak förmågan att klara normala funktioner och uppkomst av nya kris-/utmattningstillstånd. För närmare redovisning av frågorna, se bilaga 3. Svartalternativen har poängsatts. Maximal förmåga ger 0 poäng och minimal förmåga 12 poäng. Tre eller fler poäng definieras och redovisas här som ”nedsatt psykiskt välbefinnande”.

Svaren på fyra alkoholfrågor – vilka mäter konsumtionens mängd, antal konsumtionstillfällen, mängd per konsumtionstillfälle respektive antal tillfällen då man dricker sig berusad – redovisas också sammantagna. Svartalternativen har poängsatts och brytpunkten för ”riskabla alkoholvanor” är för männens del 8 poäng och för kvinnors del 6 poäng. Motsvarande redovisningsform tillämpas för svaren på tre frågor ägnade att identifiera ”riskabla spelvanor”, frågor som enbart avser spel om pengar.

Övriga fyra frågor som använts är:

Fråga 6. Har du något/några av följande typer av symptom:

- d) Huvudvärk eller migrän?
- e) Ängslan, oro eller ångest?
- g) Sömnsvårigheter?

Svartalternativen är 3 st: Nej; Ja, lätta besvär; Ja, svåra besvär

Fråga 14. Känner du dig för närvarande stressad?

Svartalternativen är 4 st: Inte alls, i viss mån, ganska mycket, väldigt mycket

Frågeformuläret finns i sin helhet i ”Teknisk rapport” som kan laddas ned från hemsidan www.vgregion.se/nfhe.

4.2 Utfall

Folkhälsoenkäten omfattar ett urval om cirka 16 000 invånare i Västra Götaland i åldern 16-84 år.

4.2.1 Nuläge

- *Allmänt*

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

Tabell A Andel (%) västragötalänningar och svenskar (16-84 år) som uppger olika typer av symtom som tyder på psykisk ohälsa, fördelade på kön. Källa: Folkhälsoenkäten 2005

	VG %		Riket %	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Svåra besvär av sömnsvärigheter	6	9	5	7
Lätta eller svåra besvär av huvudvärk	16	21	15	21
"Nedsatt psykiskt välbefinnande" *	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" ***	7	3	4	2

* GHQ12 - sammanvägning av 12 frågor, 3 poäng eller mer, se bilaga 3

** Sammanvägning av fyra frågor

*** Enbart spel om pengar

- *Åldersgrupper*

Diagram A visar andelen västragötalänningar i enkäten som uppger svåra besvär av sömnsvärigheter, "nedsatt psykiskt välbefinnande", samt svåra besvär av ängslan/oro/ångest år 2005, uppdelat på kön och åldersgrupper. "Nedsatt psykiskt välbefinnande" och ängslan/oro/ångest minskar med stigande ålder bland kvinnor.

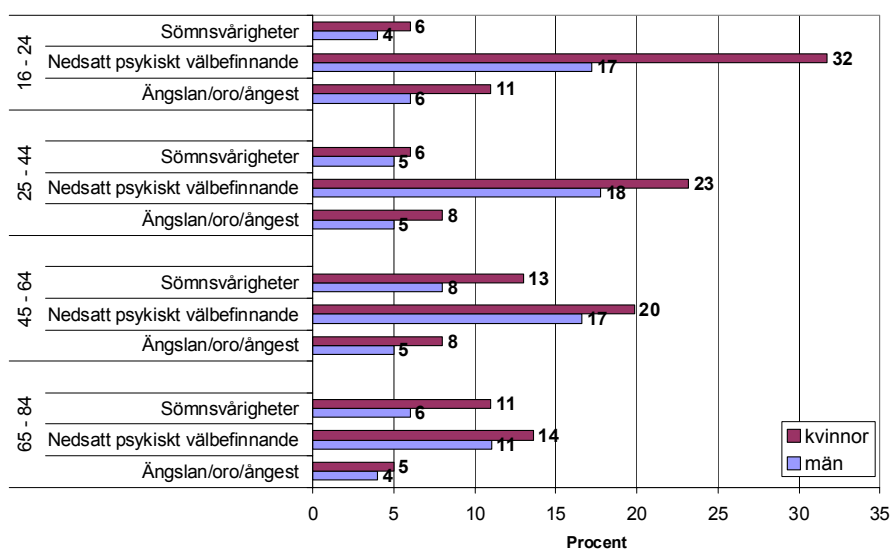


Diagram A Andel (%) västragötalänningar som uppger svåra besvär av sömnsvärigheter, "nedsatt psykiskt välbefinnande" (GHQ12>2), samt svåra besvär av ängslan/oro/ångest, fördelade på åldersgrupper (16-24, 25-44, 45-64, 65-84) och kön. Källa: Folkhälsoenkäten 2005

- *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, arbetslösa, förtidspensionärer, än bland yrkesarbetande (tabell B). ”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. Personer i ekonomisk kris mår i samma mening sämre än personer med stabil ekonomi.

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 ängslan/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 ängslan/oro/ångest och sömnsvårigheter som ”nedsatt psykiskt välbefinnande” vanligare bland kvinnor än bland män.

Tabell B Andel (%) svenskar (16-84 år) som uppger olika typer av symtom som tyder på psykisk ohälsa, fördelade på kön. Källa: Folkhälsoenkäten 2005

	Procent					
	Män			Kvinnor		
	Sömnsvårigheter	Ängslan/oro/ångest	Nedsatt psykiskt välbef.	Sömnsvårigheter	Ängslan/oro/ångest	Nedsatt psykiskt välbef.
TOTALT	5	4	15	7	6	21
Sysselsättning						
ålderspensionärer	5	4	11	9	5	16
yrkesarbetande	3	2	12	4	5	18
arbetslösa	12	9	32	14	12	27
förtidspensionärer	26	18	28	27	38	50
Långtidssjukskrivna	24	33	55	29	39	61
Ekonomi						
låg inkomst	-	8	24	-	12	26
hög inkomst	-	1	13	-	3	17
saknar kontantmarg.	-	9	25	-	11	29
har kontantmarg.	-	3	13	-	5	18
ekonomisk kris	-	19	38	-	15	37
ej ekonomisk kris	-	3	12	-	4	18
Födelse-land						
Sverige	4	4	14	6	6	20
övriga Norden	5	6	24	9	6	18
övriga Europa	6	8	22	17	16	33
övriga Världen	11	17	32	16	7	42
Socioekonomi						
arbetare	6	6	15	8	7	20
lägre tjänstemän	4	2	14	7	8	22
mellan o högre tjm.	5	4	15	5	4	21
egna föret/lantbrukare	6	4	17	8	11	26
Utbildning						
kort	6	5	17	8	9	22
mellanlång	5	4	15	6	6	20
lång	2	3	14	6	3	25

*GHQ12>2

- *Inomregionala mönster*

Diagram B 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).

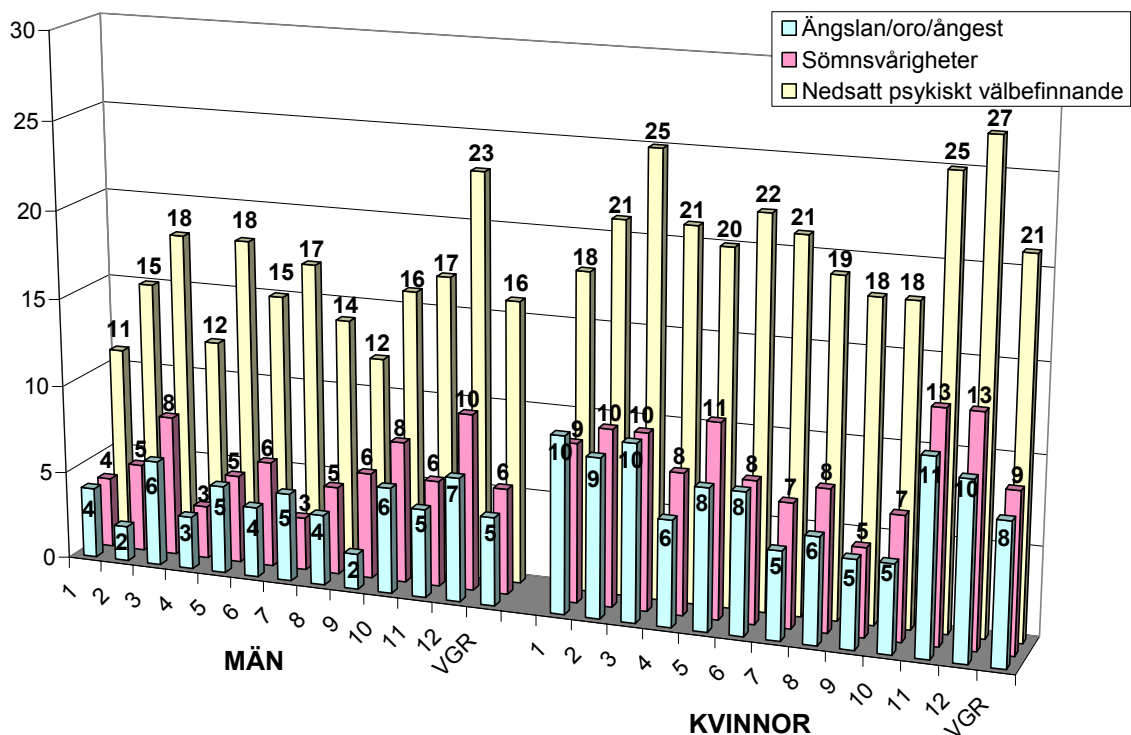


Diagram B Andel (%) västragötalänningar (16-84 år) med svåra besvär av ängslan/oro/ångest, svåra besvär av sömnsvårigheter samt nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12>2), fördelade på hälso- och sjukvårdsnämndsområde och kön. Källa: Folkhälsoenkäten 2005

4.2.2 Utveckling

Diagram C, som hämtats ur Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2005, visar andelen män och kvinnor i Sverige i olika åldersgrupper som uppger låtta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest åren 1980/81, 1988/89, 1996/97 samt 2002/03. Framgår gör att besvaren 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.

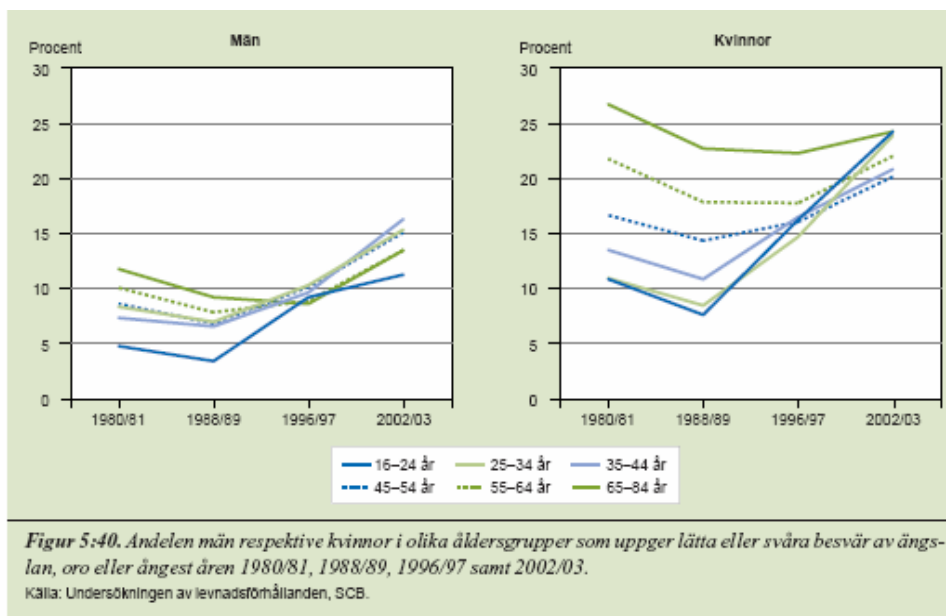


Diagram C

4.3 Bedömning

Syftet med att avläsa svar på valda frågor i enkäten ”Hälsa på lika villkor” är att få en uppfattning om hur stor andel av länets befolkning (16-84 år) som har symtom som tyder på någon form av psykisk ohälsa.

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, långtidssjukskrivna, arbetslösa 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. Svaren från de befolkningsgrupper som är överrepresenterade bland de svarande har viktats ned. Och omvänt har svaren från de grupper som är underrepresenterade viktats upp. Kalibreringen korrigerar även för urvalsfel som beror på att endast en delmängd (urval) av populationen studeras. Men dessa ”kalibreringar” löser inte problemet helt och hållet. Tekniken är inte tillämplig på grupper som inte alls förekommer bland de svarande och ”skakig” när den tillämpas på grupper som är mycket svagt representerade bland de svarande.

Ett annat fel som kan uppstå är att de svarande uppfattar och besvarar frågorna systematiskt olika i olika grupper, s.k. mätfel. Unga kvinnors resultat i form av högre psykisk ohälsa skulle t.ex. delvis kunna förklaras av att de minns, uppfattar och medvetet besvarar frågorna annorlunda än andra åldersgrupper. Detta mätfel kan inte kalibreringen ta hand om.

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 ”Stressstillstånd” 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

* Inklusivt ett mindre antal offentligt finansierade privata vårdgivare i länet

5.1 Metod

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. Detta oberoende av vårdform, specialitet och personalkategori. Ingår gör även ett mindre antal offentligt finansierade privata vårdgivare i länet, liksom individer som var i kontakt med psykiatrisk klinik utan att få diagnos. Icke-offentligt finansierade vårdgivare ingår däremot inte i studien. De kontakter som ingår i studien benämns fortsättningsvis: ”sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa” alternativt enbart ”sjukvårdskontakt”.

De diagnoser som avses är F-diagnoser (F00-F99) och vissa andra psykiatriska diagnoser (se bilaga 4). Vid redovisning av diagnoser specificeras enbart F-diagnoser. Enbart *en* diagnos per individ och år har valts ut. Om flera F-diagnoser avgivits vid en och samma vårdkontakt, har den första angivna diagnosen valts. Och om en individ haft flera vårdkontakter under året och fått olika F-diagnoser vid dessa kontakter, har den senaste diagnosen valts. Redovisningen i denna del omfattar alltså inte totala antalet individer som erhållit en viss F-diagnos. Totala antalet personer som under året fått en viss diagnos är alltså fler än som redovisas här.

För att få en uppfattning om totala antalet individer som besökt offentligt finansierad privat vård har en skattning genomförts. Detta i syfte att få en bättre uppfattning om totala antalet invånare i Västra Götaland som år 2004 hade kontakt med någon form av offentligt finansierad sjukvård för psykisk ohälsa. Skattningen baseras på uppgifter om antalet individer med vårdkontakt vid privat enhet oberoende av kontaktorsak. För detaljerad redovisning av metod: se bilaga 5, som för övrigt även innehåller en del resultat. Antalet individer som besökt icke-offentligt finansierade vårdgivare har ej gått att skatta.

5.2 Utfall

5.2.1 Nuläge

- *Allmänt*

År 2004 hade 110 154 västragötalänningar kontakt med sjukvården i VGR för psykisk ohälsa, varav 59 procent var kvinnor. Av dessa hade 88% av männen och 89% av kvinnorna en F-diagnos. Tabell C visar hur dessa personer fördelade sig på diagnosavsnitt.

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.

Det förhållande att endast en diagnos per person valts ut i tabellen nedan betyder att antalet personer under respektive diagnos ej motsvarar totala antalet personer som detta år fått denna diagnos. Totala antalet personer som under året fått en depressionsdiagnos är t ex 26 025 kvinnor (34,0 per 1000) och 13 427 män (17,8 per 1000). Detta betyder att antalet personer som fått en depressionsdiagnos är 9 668 fler än antalet som redovisas i tabellen nedan.

Tabell C Antal västragötalänningar per 1000 invånare som haft sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa i VGR år 2004, fördelade på **diagnosavsnitt***. Källa Vårddatabasen Vega

	Män			Kvinnor		
	Antal	Andel %	Per 1000 inv	Antal	Andel %	Per 1000 inv
Alzheimers, demens mm (Organiska psykiska störningar) F00-F09	2 902	7	3,8	4 153	7	5,4
Missbruk (Psykiska störningar orsakade av psykoaktiva substanser) F10-F19	5 121	12	6,8	2 268	4	3,0
Schizofreni F20-F29	2 020	5	2,7	2 019	3	2,6
Depression (Förstämningssyndrom) F30-F39	9 827	24	13,0	19 957	34	26,1
Stresstillstånd (Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom) F40-F48	9 967	24	13,2	20 207	34	26,4
Beteendestörningar, t ex ätstörningar F50-F59	2 607	6	3,5	4 952	8	6,5
Personlighetsstörningar F60-F69	659	2	0,9	921	2	1,2
Psykisk utvecklingsstörning F70-F79	860	2	1,1	675	1	0,9
Störningar i psykisk utveckling F80-F89	2 239	5	3,0	1 006	2	1,3
Beteendestörningar och emotionella störningar, debut barn/ungdom F90-F98	3 336	8	4,4	1 353	2	1,8
Ospecificerad psykisk störning F99	125	0	0,2	178	0	0,2
Övriga psykiatriska diagnoser **	1682	4	2,2	1 616	3	2,1
Ej diagnossatta patienter inom psykiatrisk klinik **	3 910	-	5,2	5 594	-	7,3
TOTALT	45 255	100	59,9	64 899	100	84,8

*Enbart en diagnos per individ och år har valts ut. Se metodavsnitt 5.1.

**Se tabellbilaga 4 för definition

En skattning av antalet individer som hade kontakt med privat vårdenhet ersatt enligt vårdavtal eller nationell taxa för psykisk ohälsa – som i stor utsträckning ej finns redovisade i denna statistik – visar att dessa uppgick till knappt 19 000 personer. Totalt antal personer som hade offentligt finansierad sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa år 2004 skulle därmed uppgå till cirka 129 000 (110 154 + 18 624 personer). Se bilaga 5 för metod. Skattat antal personer vid privata vårdenheter ingår inte i nedanstående redovisning, om detta inte anges.

- *Åldersgrupper*

Diagram D 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 både könen.

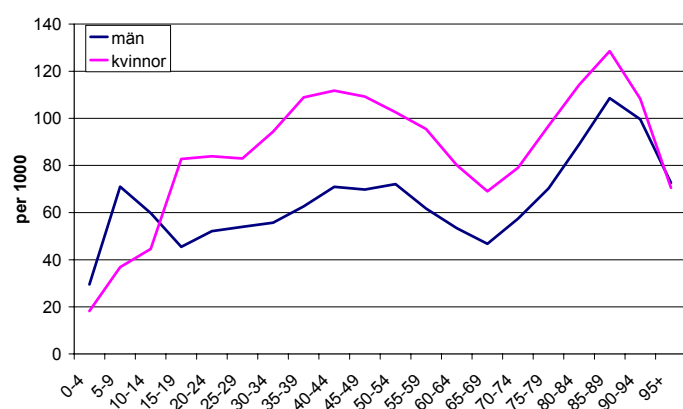


Diagram D Antal västragötalänningar per 1000 invånare som haft sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa i VGR år 2004, fördelade på 5-årsåldersgrupper och kön. Källa: Vårddatabasen Vega

Åldersfördelningen skiljde sig åt för olika psykiatriska diagnoser (diagram E). 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. Demens och alzheimers sjukdom förekommer bland äldre, med början till ökning från 55-59 års ålder.

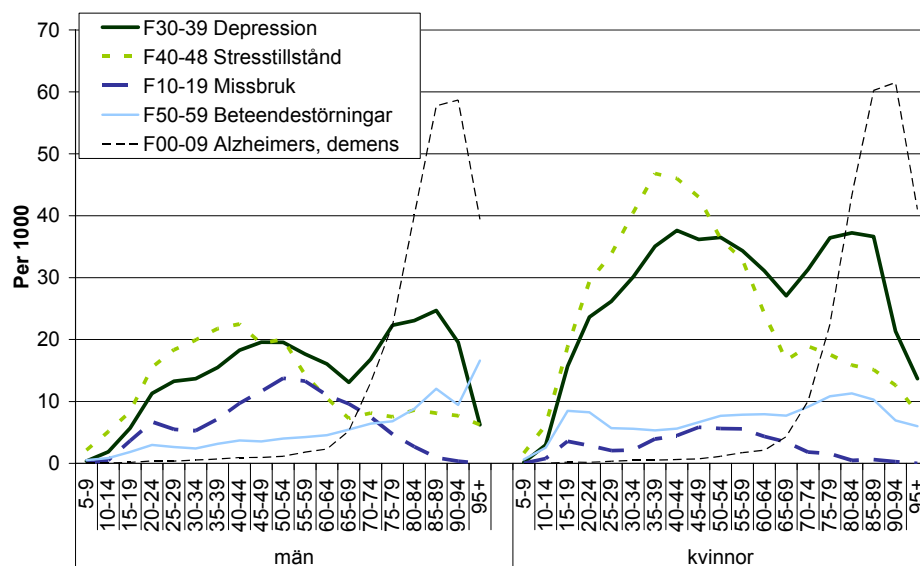


Diagram E Antal västragötalänningar per 1000 invånare som vid sjukvårdskontakt i VGR år 2004 fått diagnos för depression, stresstillstånd, missbruk, beteendestörningar eller alzheimers/demens, fördelade på 5-årsåldersgrupper och kön. Källa: Vårddatabasen Vega

I nedanstående tabell redovisas bredare åldersintervall för totalt antal sjukvårdskontakter för psykisk ohälsa samt för vissa diagnosavsnitt, varav en del ingår i ovanstående diagram.

Tabell D Antal västragötalänningar per 1000 invånare som haft sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa i VGR år 2004, respektive fått diagnos för depression, stresstillstånd eller missbruk, fördelade på 5-årsåldersgrupper och kön. Källa: Vårddatabasen Vega

	TOTALT*		Depression, F30-39		Stresstillstånd, F40-48		Missbruk, F10-19	
	Antal	Per 1000 inv	Antal	Per 1000 inv	Antal	Per 1000 inv	Antal	Per 1000 inv
MÄN								
0-14	7 446	54	128	1	386	3	36	0
15-24	4 692	49	810	8	1 138	12	493	5
25-44	12 983	61	3 241	15	4 403	21	1 475	7
45-64	12 609	65	3 571	18	3 163	16	2 436	12
65-84	6 295	63	1 811	18	784	8	672	7
85-w	1 230	105	266	23	93	8	9	1
KVINNOR								
0-14	4 474	34	171	1	395	3	42	0
15-24	7 642	83	1 794	20	2 194	24	296	3
25-44	20 419	100	6 616	32	8 578	42	652	3
45-64	18 675	97	6 642	35	6 591	34	1 032	5
65-84	10 729	88	3 971	33	2 102	17	234	2
85-w	2 960	118	763	31	347	14	12	0

*Alla sjukvårdskontakter för psykisk ohälsa, se bilaga 4

- *Patienternas fördelning på olika vårdformer*

Tabell E visar antal personer som haft vårdkontakt med primärvård, öppenvård vid sjukhus eller slutenvård för psykisk ohälsa. Fler kvinnor än män besökte öppenvård. Bland männen var det vanligare att öppenvårdskontakten skedde vid sjukhus än inom primärvård. Så var inte fallet för kvinnorna. Lika många män som kvinnor slutenvårdades. 15 procent av dem som hade sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa vårdades i slutenvård.

Tabell E Antal västragötalänningar per 1000 invånare som haft sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa i VGR år 2004, fördelade på vårdformer*. Källa: Vårddatabasen Vega

	Män		Kvinnor	
	Antal	Per 1000 inv	Antal	Per 1000 inv
Primärvård**	20944	27,7	37449	48,9
Öppenvård vid sjukhus	25451	33,7	29982	39,2
Slutenvård	7903	10,5	8083	10,6

* Samma person kan förekomma i flera olika vårdformer i denna tabell

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

Tabell F 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. 16 procent hade haft kontakt med två eller tre vårdformer under året.

Tabell F Antal västragötalänningar som haft sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa i VGR år 2004, procentuellt fördelade på vårdformer och kombinationer av vårdformer*. Källa: Vårddatabasen Vega

	Män		Kvinnor	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Enbart primärvård**	16 438	36	31 310	48
Enbart öppenvård vid sjukhus	18 168	40	21 249	33
Enbart slutenvård	2 769	6	2 881	4
Primärvård** + Öppenvård vid sjukhus	2 746	6	4 257	7
Primärvård** + Slutenvård	597	1	726	1
Öppenvård vid sjukhus + Slutenvård	3 374	7	3 320	5
Primärvård** + Öppenv. vid sjukhus + Slutenv.	1 163	3	1 156	2
TOTALT	45 255	100	64 899	100

* En och samma person förekommer enbart i en vårdform. I de fall han/hon varit i kontakt med flera vårdformer redovisas personen under aktuell kombination

** 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 enbart primärvård eller som enbart vårdades inom slutenvård för psykisk ohälsa var större bland äldre än bland yngre (diagram F). I åldersgruppen 20-64 år hade väsentligt fler kvinnor än män kontakt enbart med primärvård.

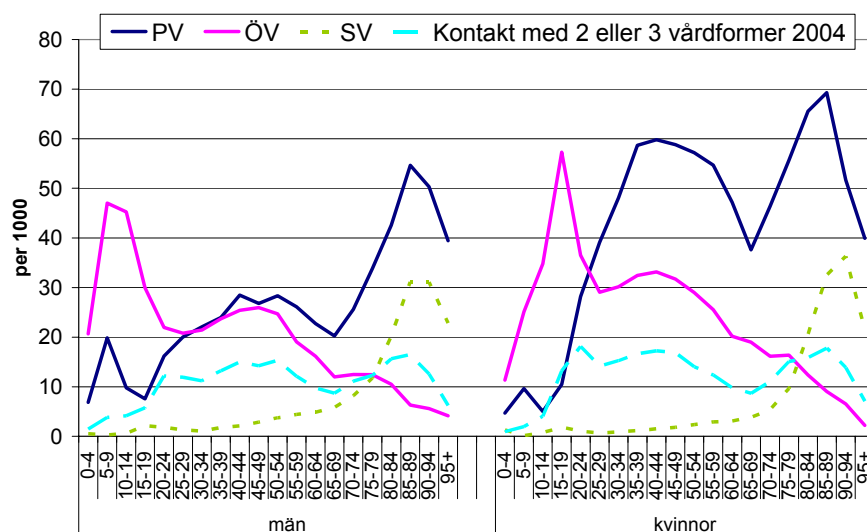


Diagram F Antal västragötalänningar per 1000 invånare som haft sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa i VGR år 2004, fördelade på olika vårdformer (primärvård, öppenvård vid sjukhus, slutenvård eller en kombination av 2 eller 3 vårdformer om personen haft kontakt med mer än en vårdform under året), 5-årsåldersgrupper och kön. Källa: Vårddatabasen Vega

*En individ kan endast förekomma i en vårdform

- *Inomregionalt mönster*

Diagram G 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.

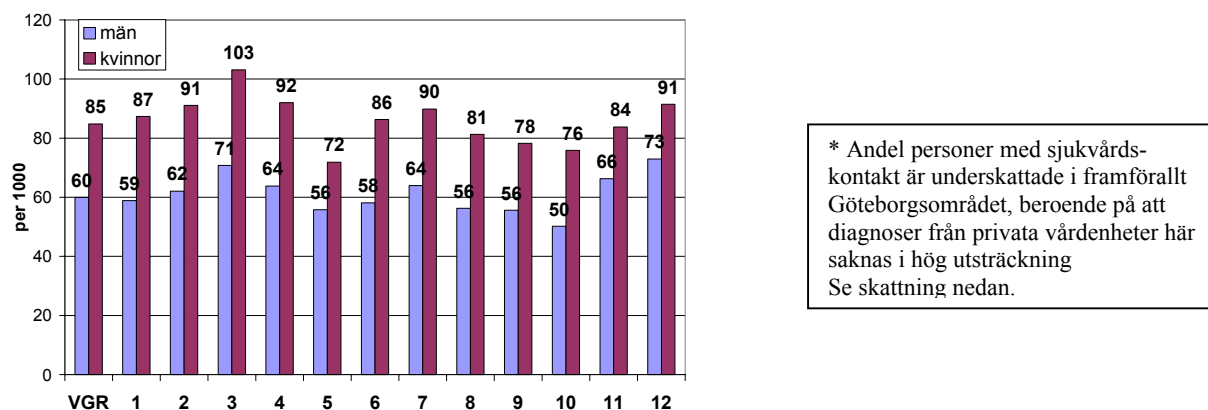


Diagram G* Antal västragötalänningar per 1000 invånare som haft sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa i VGR år 2004, fördelade på HSN-områden och kön (åldersstandardiserat). Källa: Vårddatabasen Vega

Tabell G omfattar antalet personer per HSN-område som haft registrerad sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa år 2004 samt skattat antalet personer som hade sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa vid offentligt finansierad privat vårdenhet.

Tabell G Antal västragötalänningar som haft sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa i VGR år 2004, samt skattat antal individer som haft vårdkontakt vid privat bedrivna vårdenheter med offentlig finansiering, fördelade på HSN-områden. Källa: Vårddatabasen Vega

HSN	Antal individer			
	Registrerat			Skattat
	män	kvinnor	totalt	
1	2 156	3 204	5 360	333
2	1 403	2 006	3 409	235
3	5 368	7 879	13 247	798
4	3 630	5 174	8 804	905
5	5 535	8 064	13 599	6 300
6	2 601	3 952	6 553	537
7	3 821	5 494	9 315	1 690
8	5 095	7 632	12 727	980
9	3 512	4 969	8 481	955
10	3 184	4 835	8 019	497
11	4 086	5 255	9 341	2 345
12	4 864	6 435	11 299	3 047
VG	45 255	64 899	110 154	18 624

Skattningen visar att cirka 15 procent av de invånare i länet som hade sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa vände sig till 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 privata vårdgivare mellan 6-15 procent.

I diagram H framgår vad som händer om de registrerade sjukvårdskontakterna för psykisk ohälsa vägs samman med de skattade kontakterna hos privata vårdgivare. Nordöstra Göteborg (HSN 12), Göteborg Hisingen (HSN 11) och Göteborg Centrum-Väster (HSN 5) får då högst frekvenser. Därefter placerar sig Trestad (HSN 3) och Södra Bohuslän (HSN 7). Östra Skaraborg (HSN 10) får fortfarande lägst andel sjukvårdskontakter.

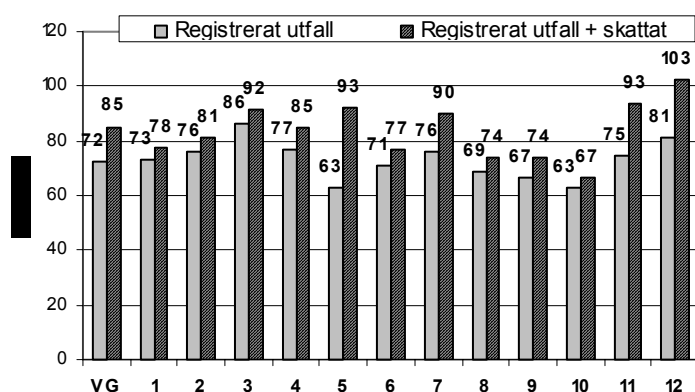


Diagram H Antal västragötalänningar per 1000 invånare som haft sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa i VGR år 2004 (registrerat utfall), respektive registrerat utfall plus skattat antal personer som haft kontakt med privat bedriven vårdenhet med offentlig finansiering för psykisk ohälsa, fördelade på HSN-områden. Källa: Vårddatabasen Vega

Diagram I visar att andelen personer som haft slutenvårdskontakt för psykisk ohälsa är högst i Nordöstra Göteborg (HSN 12), Trestad (HSN 3) och Göteborg Hisingen (HSN 11). Lägst andel förekom i Mitten-Älvsborg (HSN 6) och Sjuhärad (HSN 8).

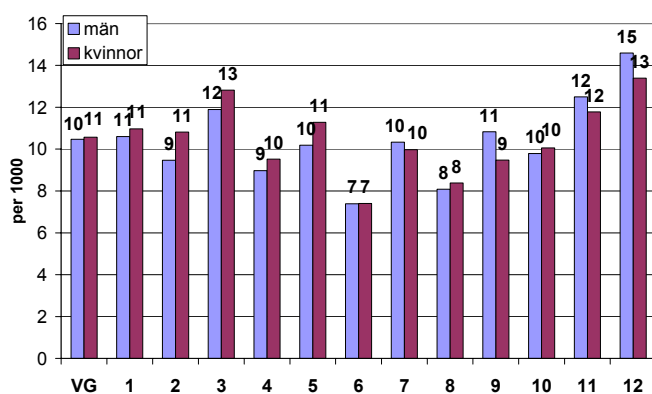


Diagram I Antal västragötalänningar per 1000 invånare som haft slutenvårdskontakt för psykisk ohälsa i VGR år 2004, fördelade på HSN-områden och kön. Källa: Vårddatabasen Vega

Andelen personer som haft vårdkontakt för psykisk ohälsa varierar mellan nämnderna i alla åldersgrupper (Diagram J). I Nordöstra Göteborg (HSN 12) var andelen störst i åldersgrupperna 0-14 år och 45-w år. I Trestad (HSN 3) var andelen vårdkontakter för psykisk

ohälsa framförallt störst i åldersgruppen 15-64 år. Skattade uppgifter för bortfallet i olika åldersgrupper vad gäller privata vårdenheter saknas.

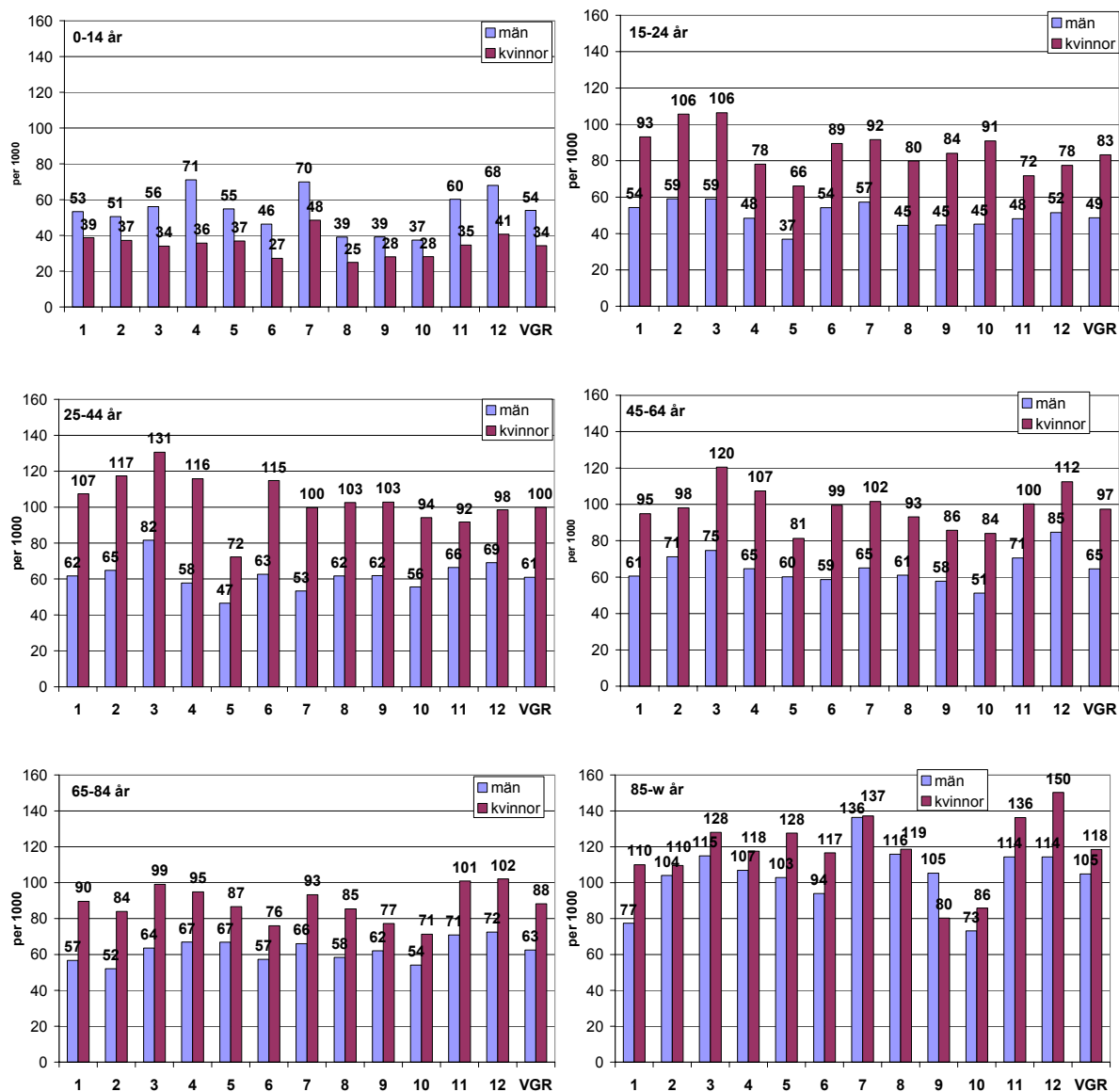


Diagram J Antal västragötalänningar per 1000 invånare som haft sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa i VGR år 2004, fördelade på HSN-områden, kön och åldersklasser. Källa: Vårddatabasen Vega

*Andel personer med sjukvårdskontakt är underskattade framförallt i Göteborgsområdet till följd av att diagnoser från privata vårdenheter saknas i hög utsträckning.

Diagram K 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 (diagram K). 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.

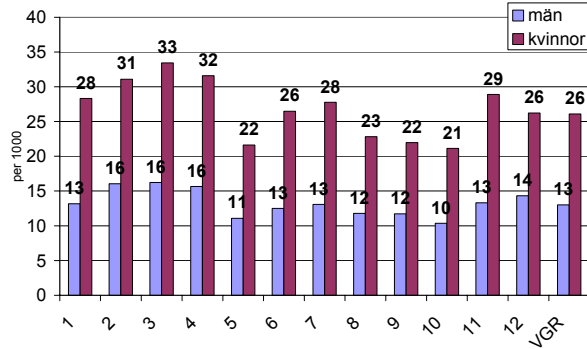
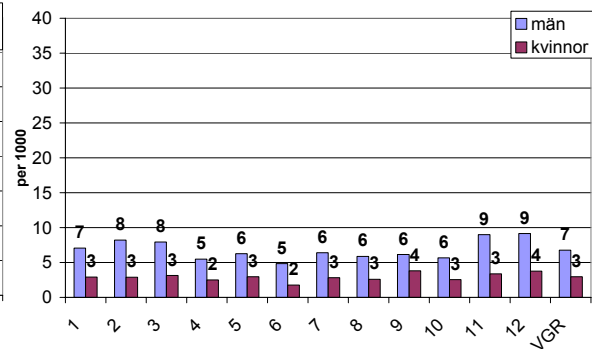
Depression***Missbruk***

Diagram K Antal västragötalänningar per 1000 invånare som haft sjukvårdskontakt i VGR år 2004, för depression och missbruk, fördelade på HSN-områden och kön. Ej åldersstandardiserat. Källa: Vårddatabasen Vega

*Andel personer med sjukvårdskontakt är underskattade framförallt i Göteborgsområdet till följd av att diagnoser från privata vårdenheter saknas i hög utsträckning.

Andelen invånare som hade kontakt med sjukvården för stresstillstånd 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 (se diagram L).

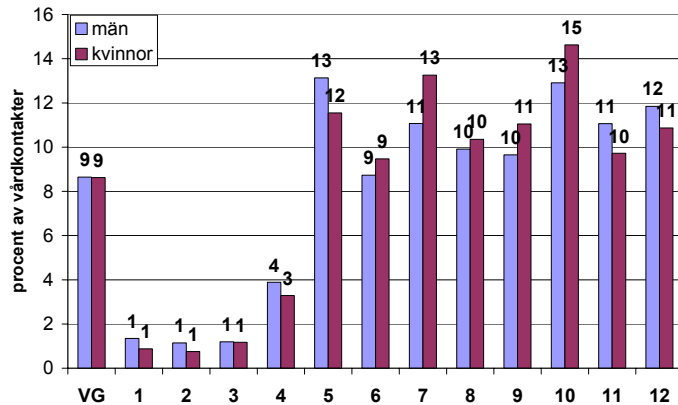


Diagram L Andel västragötalänningar som inte erhållit diagnos vid psykiatrisk klinik av de som haft sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa i VGR år 2004, fördelade på HSN-områden och kön. Källa: Vårddatabasen Vega

5.3 Bedömning

Syftet med att redovisa sjukvårdsnyttjande kopplat till psykisk ohälsa är att få en bild av hur pass omfattande psykiska sjukdomar eller störningar är inom befolkningen.

- *Relevans*

Från offentligt finansierade privat bedrivna vårdenheter med offentlig finansiering saknas diagnoser i mycket stor utsträckning. Från de med "nationell taxa" saknas diagnoserna med få undantag. Från de som arbetar enligt s.k. vårdavtal är rapporteringen av diagnoser sannolikt långt ifrån fullständig. Från icke-offentligt finansierade privata vårdgivare saknas uppgifter helt. Detta har framförallt betydelse vad gäller öppenvård.

Vidare bör framhållas att uppgifter också saknas för västragötalänningar som vårdats i andra landsting och den vård som köpts av sjukhusen, psykiatriska teamet i Lysekil.

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

Detta betyder att antalet personer som fått en psykisk ohälsa diagnos år 2004 är underskattade, att graden av underskattning ej kan preciseras och att underskattningen kan vara olika stor i olika delar av länet. Detta får betydelse då nämnderna jämförs i olika avseenden. Påpekas bör att skattningen som utförts av antalet personer som haft vårdkontakt vid privat bedriven vårdenhet med offentlig finansiering baseras på vissa antaganden som kan ha olika relevans för olika områden.

Utöver F-diagnoserna ingår också ett mindre antal andra psykisk-ohälsa-diagnoser vilka återfinns i andra kapitel (se bilaga 4). Flertalet av dessa borde kunde betecknas som "lättare" fall, med risk för att en mindre relevant grupp fångas. Men tillskottet av diagnoser från dessa andra kapitel utgör endast 2-3 procent av alla individer med psykisk ohälsa diagnos.

Vad gäller redovisning av personer med olika diagnoser bör återigen påpekas att:

Enbart *en* diagnos per individ och år har valts ut. Redovisningen i denna del omfattar alltså inte totala antalet individer som erhållit en viss F-diagnos. Totala antalet personer som under året fått en viss diagnos är alltså fler än som redovisas här.

Andelen icke-diagnossatta patienter som vårdades vid psykiatrisk klinik skiljer sig mellan nämndområdena. Inom HSN-områdena 2, 3 och 4 fick en hög andel personer diagnosen depression. Dessa områden hade en förhållandevis stor andel patienter diagnossatta vid psykiatrisk klinik. Detta kan delvis eller helt förklara den höga andelen depressionsdiagnoser men även andra psykiatriska diagnoser i dessa områden.

Det redovisade utfallet för diagnoserna depression, stresstillstånd och missbruk i Göteborgsområdet med största sannolikhet är klart lägre än vad det skulle varit om inte privat bedrivna vårdgivare med eller utan offentlig finansiering hade varit så starkt koncentrerade till Göteborg.

- *Tillförlitlighet*

Praxis för registrering av diagnoser avseende ”psykisk ohälsa” skiftar såväl inom den sjukhusanknutna som den icke sjukhusanknutna vården. I grunden handlar det om skillnader i praxis vid diagnossättning, och om skillnader i specialkunskaper och möjligheter att uppmärksamma olika typer av symtom som tillsammans motiverar ett visst diagnosval. Med finns i en del fall också olika professionellt grundade attityder till att sätta eller att inte sätta vissa diagnoser.²²

Över tid kan tillförlitligheten till en del ifrågasättas med hänvisning till förändringar i benägenhet att diagnossätta.

²² Inrapportering av psykiatri till patientregistret. Socialstyrelsen 2006

6 Psykofarmaka – försäljning och självrappporterad 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 särpräglad 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 Metod

I vilken utsträckning psykofarmaka används inom befolkningen beskrivs här på två sätt. Dels via självdeklarerad konsumtion som redovisas i enkäten Folkhälsoenkäten 2005, där besked ges om hur många procent av länets invånare som konsumerat olika sorters psykofarmaka under de senaste tre månaderna. Dels på ett mer indirekt sätt via apotekets försäljning av läkemedel, där det går att avläsa hur stora volymer som apoteket expedierat. I det förra fallet framgår hur många men inte hur mycket. Och i det senare fallet hur mycket men inte hur många.

I Folkhälsoenkäten 2005, används här Fråga 29:

Har du under de senaste månaderna använt något eller några av följande läkemedel:

- a) Sömnmedel/insomningsmedel?
- b) Antidepressiv medicin?
- c) Lugnande eller ångestdämpande medicin?

Vad gäller apotekets registrering av försålda läkemedelsvolymer kan det vara värt att känna till att läkemedel klassificeras enligt ett kodsysteem som förkortas ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System). Systemet fördelar läkemedlen på fjorton huvudgrupper med två terapeutiska undergrupper, en kemisk/ terapeutisk undergrupp och en undergrupp för kemisk substans.

Den huvudgrupp som är av störst intresse vad gäller psykisk ohälsa är grupp N, där N står för Nervsystemet. Denna grupp rymmer alla de läkemedel som här är av intresse och indelas i följande terapeutiska undergrupper:

- N05A) Neuroleptika
- N05B) Lugnande medel och ataraktika
- N05C) Sömnmedel och lugnande medel
- N06A) Antidepressiva
- N06B) Psykostimulantia
- N06D) Demensmedel

Ataraktika ett samlingsnamn för lugnande läkemedel. Ordet "ataraktika" kommer från det grekiska ordet "ataraxi", som betyder "själens ro", "sinneslugn" eller "sinnesro".

Sömnmedel och lugnande medel omfattar bensodiazepiner och besläktade medel (Imovane, Stillnoct) samt andra typer av sömnmedel (Heminevrin, Propavan). Dessa läkemedel används vanligen vid behov, varför det är svårt att utläsa hur vanligt det är med varaktiga sömnstörningar.

Antidepressiva används inte bara vid depressionssjukdomar utan även vid ångesttillstånd och i vissa fall vid aggressivt beteende, t.ex. i samband med demenssjukdom.

”Psykostimulantia” är en relativt ny typ av läkemedel som främst används för att dämpa överaktiva barn. Concerta är det största enskilda läkemedlet inom denna grupp. Det förskrivs vanligen enbart av specialister och är ett förhållandevis dyrt läkemedel.

”Demensmedel” är också en ny sorts medicin (introducerades 1999) som ännu inte är riktigt etablerad. En bidragande orsak är att dessa mediciner är förhållandevis mycket dyra, att effekten är begränsad och varierar från individ till individ.

Den måtenhet i vilken volymerna redovisas i detta avsnitt är antalet definierade dygnsdoser, vilket förkortas DDD. DDD definieras som den förmodade genomsnittliga dygnsdosen då läkemedlet används av vuxen person vid medlets huvudindikation. Närmare bestämt redovisas antalet DDD per 1000 invånare och dag.

6.2 Utfall

6.2.1 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.

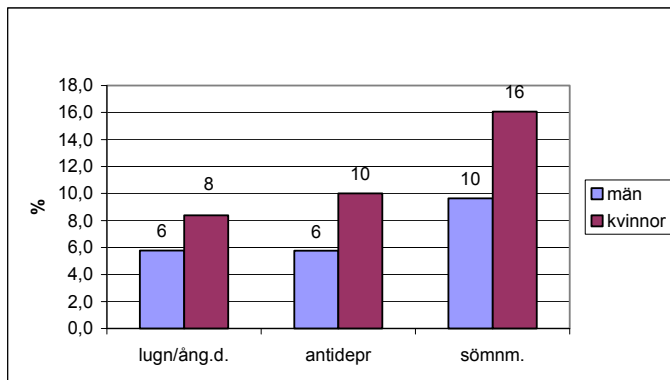


Diagram M Manliga och kvinnliga inv. i V. Götaland, 16-84 år. Andel (%) som enl. egen uppgift konsumerat "lugnande el. ångestdämpande medicin", "antidepressiv medicin. o "sömnmedel/ insomningsmedicin" under de senaste tre månaderna, per mars - juni 2005. Källa: Folkhälsoenkäten 2005. Källa: Folkhälsoenkäten 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 N 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. De läkemedelsgrupper som redovisas är: neuroleptika, lugnande medel, sömnmedel, antidepressiva, psykostimulantia och demensmedel.

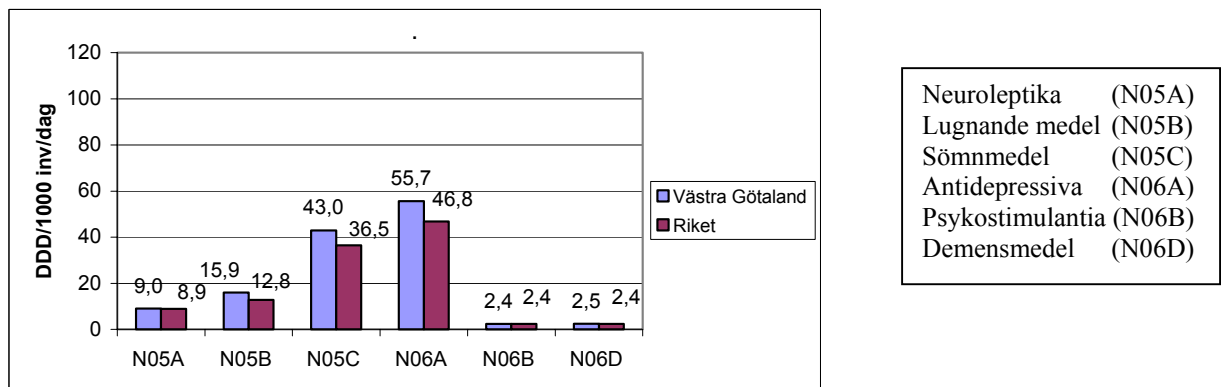


Diagram N Manliga inv. i V. Götaland. Neuroleptika (N05A), lugnande./atarktika (N05B), sömnmedel./ lugnande. (N05C), antidepressiva (N06A), psykostimulantia. (N06B) och demensmedel (N06D) exp. vid apotek. DDD per 1000 inv. o dag 1:a halvåret 2006. Källa: Apotekets databas X-plain. Källa: Apotekets databas X-plain

Diagram O visar motsvarande utfall för kvinnorna i länet.

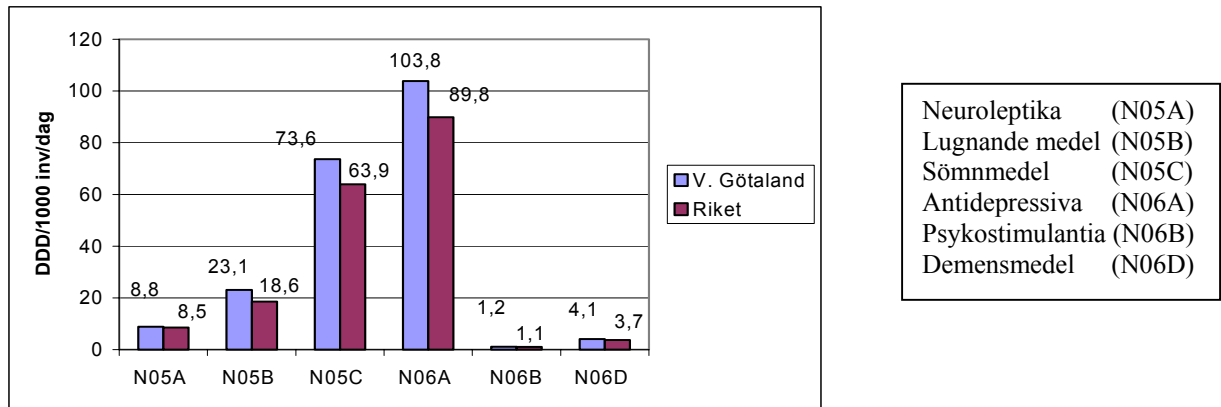


Diagram O Kvinnliga inv. i V. Götaland och riket. Neuroleptika. (N05A), lugnande./atarktika (N05B), sömnmedel./lugnande. (N05C), antidepressiva. (N06A), psykostimulantia. (N06B) o demensmedel. (N06D) exp. vid apotek. DDD per 1000 inv. och dag 1:a halvåret 2006. Källa: Apotekets databas X-plain.

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 P 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/ångestdämpande” 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.

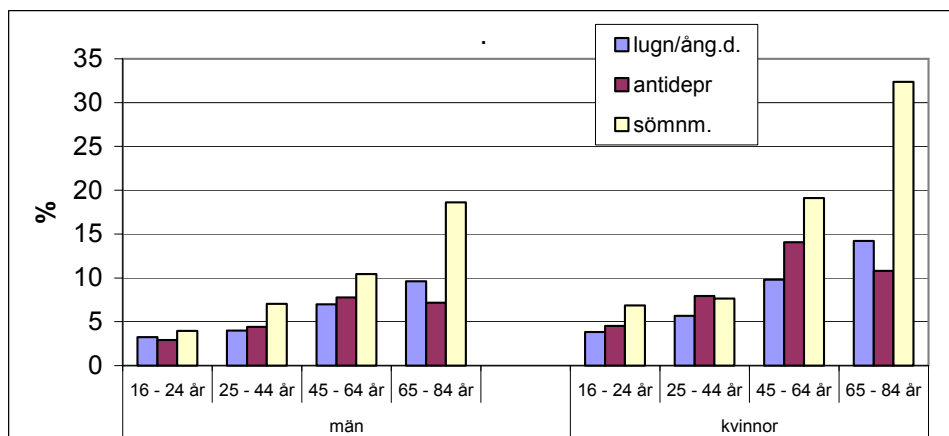


Diagram P Manliga och kvinnliga invånare i Västra Götaland. Andel (%) i olika åldersgrupper som enligt egen uppgift konsumerat, "lugnande el. ångestdämpande medicin", "antidepressiv medicin". o "sömnmedel/insomningsmedicin" under de senaste tre månaderna, per mars - juni 2005. Källa: Folkhälsoenkäten

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

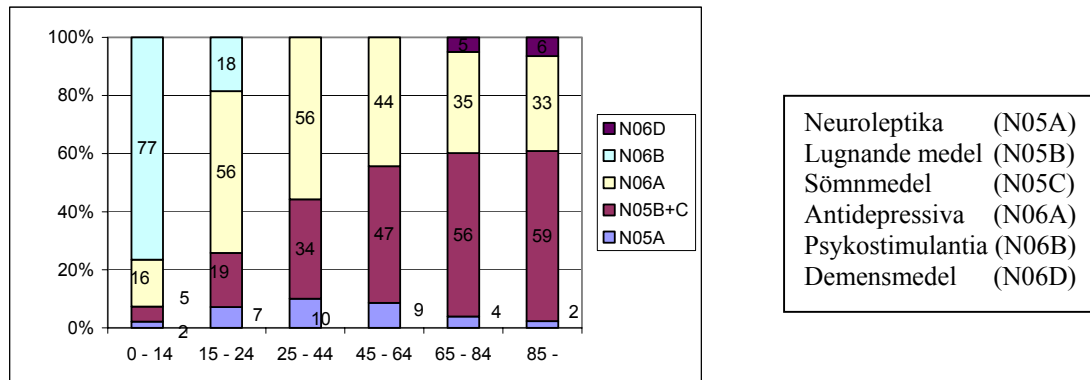


Diagram Q Manliga inv. i Västra Götaland. Procentuell fördelning emellan neuroleptika (N05A), lugnande/sömnmedel atarktika (N05B+C), antidepressiva (N06A), psykostimulantia (N06B) och demensmedel (N06D) inom olika åldersgrupper. DDD 1:a halvåret 2006. Källa: Apotekets databas X-plain.

Anm.) 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 R 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 pojkar.

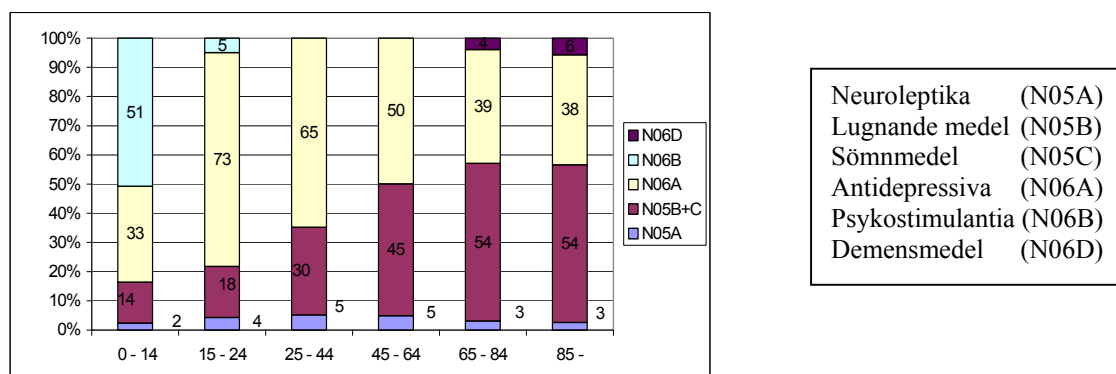


Diagram R Kvinnliga inv. i Västra Götaland. Procentuell fördelning mellan neuroleptika (N05A), lugnande/sömnmedel atarktika (N05B+C), antidepressiva (N06A), psykostimulantia (N06B) och demensmedel (N06D) inom olika åldersgrupper. DDD 1:a halvåret 2006. Källa: Apotekets databas X-plain.

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

I diagram S 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.

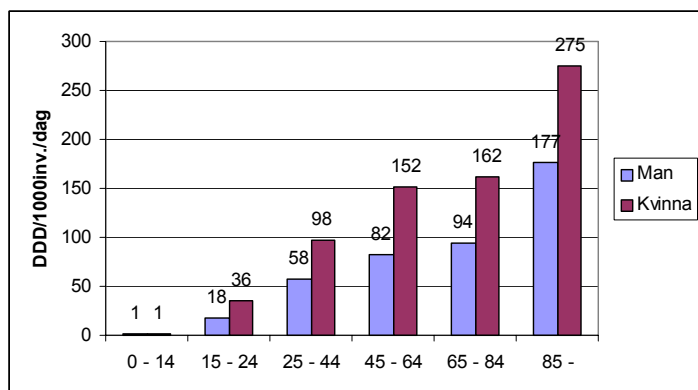


Diagram S Manliga o kvinnliga invånare i Västra Götaland. **Antidepressiva (N06 A)** expedierat vid apotek. DDD per 1000 inv o dag i olika åldersgrupper 1:a halvåret 2006. Källa: Apotekets databas X-plain.

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

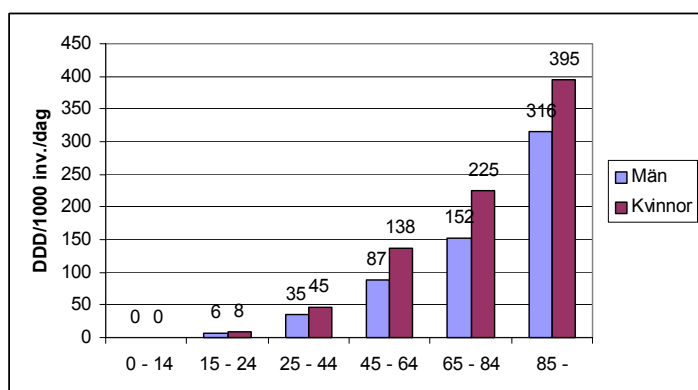


Diagram T Manliga och kvinnliga inv. i V. Götaland. **Lugnande, atartika, sömnmedel (N05B+C)** expedierat vid apotek. DDD per 1000 inv o dag i olika åldersgrupper 1:a halvåret 2006. Källa: Apotekets databas X-plain

- *Inomregionalt mönster*

Först presenteras tre diagram som visar hur stor andel av befolkningen inom de olika HSN-områdena som konsumerat ”sömnmedel/insomningsmedicin”, ”antidepressiva medicin” respektive ”lugnande el./ångestdämpande medicin” under de senaste tre månaderna. Därefter redovisas också apotekets expeditioner av DDD till invånarna inom de olika HSN-områdena.

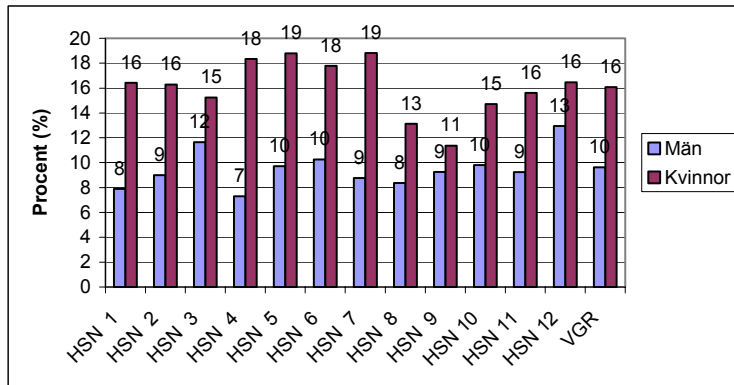


Diagram U Manliga och kvinnliga inv. 16-84 år i VGR's HSN-områden. Andel (%) som enligt egen uppgift konsumerat "sömnmedel/insomningsmedicin" under de senaste tre mån, per mars - juni 2006. Källa: Folkhälsoenkäten 2005

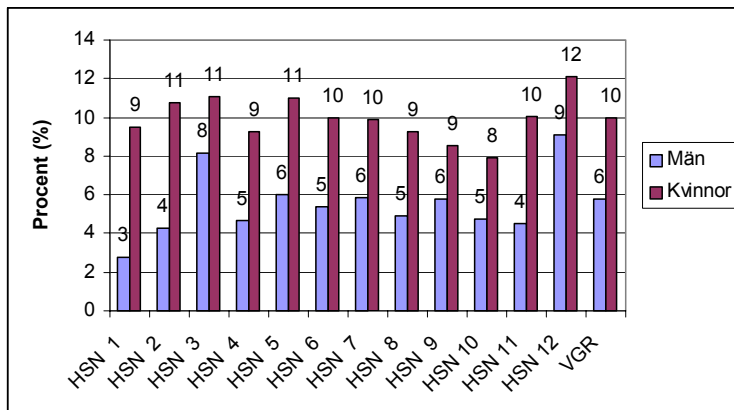


Diagram V Manliga o kvinnliga inv.16-84 år i VGR's HSN-områden.. Andel (%) som enl. egen uppgift konsumerat "antidepressiv medicin" under de senaste tre mån, per mars - juni 2005. Källa: Folkhälsoenkäten 2005

Män i Trestad (HSN 3) och Nordöstra Göteborg (HSN 12) har högre andel konsumenter av sömnmedel/insomningsmedicin", "antidepressiv medicin" och "lugnade/ångestdämpande" än länsgenomsnittet 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 länsgenomsnittet för två av de tre aktuella läkemedelsgrupperna. Låg andel noteras för Sjuhärad (HSN 8) och Västra Skaraborg (HSN 9).

Vad gäller apotekets expeditioner av psykofarmaka redovisas i nedanstående diagram samtliga psykofarmaka sammantagna.

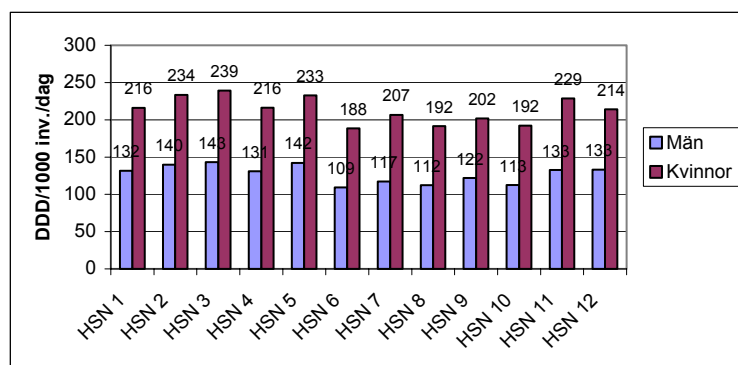


Diagram W Manliga och kvinnliga invånare i VGR's HSN-områden. Samtliga psykofarmaka (N05A, N05B, N05C, N06A, N06B, N06D) expedierat vid apotek. DDD/1000 inv. dag 1:a halvåret 2006. Källa: Apotekets databas X-plain

Diagram W visar att invånare i HSN-områdena Trestad (HSN 3), Göteborg, Centrum-Väster (HSN 5), Dalsland (HSN 2) och Göteborg Hisingen (HSN 11) har fått mest psykofarmaka expedierat, för såväl män som kvinnor. Lägst värden har i båda fallen HSN-områdena Mittens-Älvsborg (HSN 6), Östra Skaraborg (HSN 10), Sjuhärad (HSN 8) och Västra Skaraborg (HSN 9).

Eftersom konsumtionen av psykofarmaka har så starkt samband med ålder och kön, presenteras ovanstående utfall också efter det att hänsyn tagits till skillnader i HSN-områdenas ålders- och könsammansättning – se diagram X.

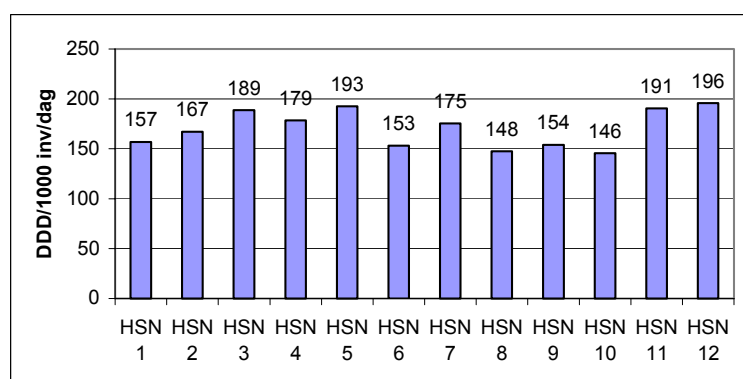


Diagram X Manliga och kvinnliga invånare i VGR's HSN-områden. Samtliga psykofarmaka (N05A, N05B, N05C, N06A, N06B, N06D) expedierat vid apotek. DDD/1000 inv. dag 1:a halvåret 2006. Köns och åldersstandardiserat med länets köns och åldersfördelning som standard. Källa: Apotekets databas X-plain

Diagrammet visar att mest psykofarmaka sålts till invånarna i Trestad (HSN 3), Göteborg Centrum-Väster (HSN5), Göteborg Hisingen (HSN 11) och Nordöstra Göteborg (HSN12). Minst till invånarna i Mittens-Älvsborg (HSN 6), Sjuhärad (HSN 8), Västra Skaraborg (HSN 9) och Östra Skaraborg (HSN 10).

6.2.2 Utveckling

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

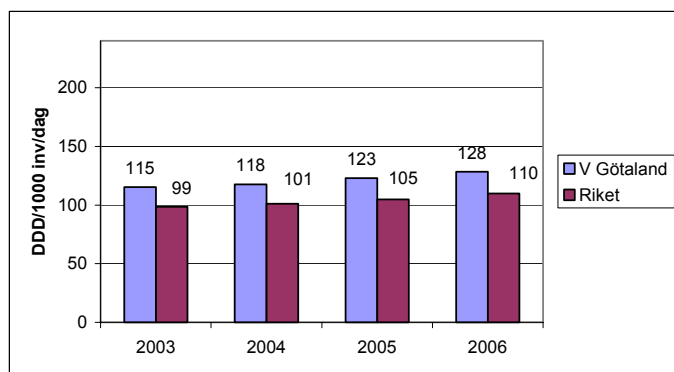


Diagram Y Manliga inv. i V. Götaland och riket. Samtliga psykofarmaka expedierat vid apotek. DDD per 1000 inv. o dag 1:a halvåret 2003, 2004, 2005 o 2006. Källa: Apotekets databas X-plain

Ökningen av apotekets expedieringar av psykofarmaka under perioden 2003 till 2006 är för männens del lika stor i Västra Götaland och riket. I båda fallen uppgår ökningen till 11 %. Utfallet betyder att männen i Västra Götaland fortfarande får mer psykofarmaka expedierat via apotek än männen i riket som helhet .

Tre fjärdedelar av ökningen i länet kan hänföras till antidepressiva och till lugnande/sömnmedel/ataraktika (N05B+C), vilka ökat med 14 procent respektive 8 procent. Neuroleptika och psykostimulantia förklarar var och en, en tiondel av ökningen. Utvecklingen i olika åldersgrupper kan för männens del sammanfattas på följande sätt:

Åldersgruppen 0 - 14: Total ökning med 48 procent (riket: +58%). Detta beroende på att försäljningen av psykostimulantia (N06B) fördubblats under perioden 2003-2006, så också i riket. Antidepressiva har minskat med 20 procent (riket: - 11%).

Åldersgruppen 15-24: Total ökning med 25 procent (riket + 28%). Psykostimulantia har tredubblats under aktuella perioden. Detta förklarar c:a 2/3 av den totala ökningen. Antidepressiva (N06A) har ökat med 5 procent (riket: +9%). Lugnande/ataraktika/sömnmedel (N05B+C) med 13 procent. Neuroleptika (N05A)- den minsta gruppen - har ökat med 58 procent.

Åldersgruppen 25-44: Totalt en ökning med 17 procent mellan 2003 och 2006 (riket = +17%). Antidepressiva: + 21 %, lugnande/sömnmedel/ataraktika (N05B+C): + 9%, neuroleptika: +21%

Åldersgruppen 45-64 : Total ökning: 12 procent (riket = +12%) . Antidepressiva: +15 %, lugnande/sömnmedel/ataraktika (N05B+C): + 7%, neuroleptika: +20 %

Åldersgruppen 65-w år: Total ökning: 3 procent mellan 2003 och 2006.

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

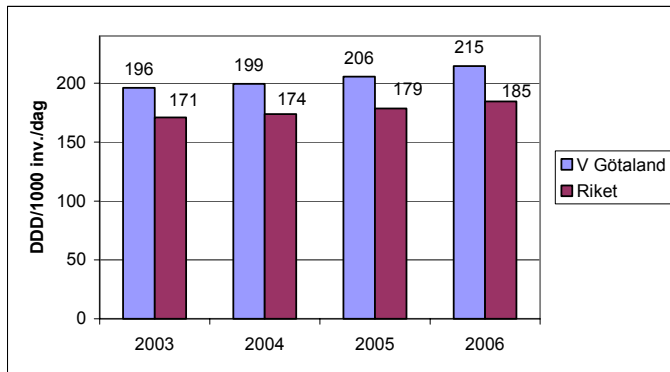


Diagram Z Kvinnliga inv. i V Götaland och riket. Samtliga psykofarmaka exp. vid apotek. DDD per 1000 invånare och dag 1:a halvåret 2003, 2004, 2005 o 2006. Källa: Apotekets databas X-plain

För kvinnorna har apotekets expedieringar av psykofarmaka under perioden 2003 till 2006 ökat med 9 procent. Så också för riket. Även för kvinnornas del innebär alltså utfallet att Västra Götaland fortfarande konsumerar mer psykofarmaka än riket i sin helhet. 85 procent av ökningen i Västra Götaland består av antidepressiva och lugnande/sömnmedel/ataraktika (N05B+C), vilka ökat med 11 procent respektive 8 procent.

Åldersgruppen 0 – 14: Total ökning 40 procent (riket = +34%). Så gott som hela ökningen hänförs till psykostimulantia som stigit med 152 procent, vilket är lite större än för rikets del.

Åldersgruppen 15 – 24: Total ökning 19 procent (riket = + 19%). Över halva ökningen utgörs av antidepressiva, som ökat med 13% (riket = +11%). Psykostimulantia och lugnande/ataraktika/sömnmedel (N05B+C) förklarar tillsammans c:a en tredjedel av ökningen, neuroleptika (+ 61%) en tiondel.

Åldersgruppen 25 – 44: Total ökning 12 procent (riket = + 14%). Antidepressiva svarar för 70 procent av ökningen, vilket innebär att denna grupp ökat med 11%. Lugnande/ataraktika/sömnmedel (N05B+C) har ökat ungefär lika mycket, men det har mindre förklaringsvärde eftersom det är en förhållandevis liten grupp i detta åldersintervall.

Åldersgruppen 45 – 64: Total ökning 10 procent (riket = + 9%) Antidepressiva kan tillskrivas drygt halva ökningen. Och utvecklingen av lugnande/ataraktika/sömnmedel (N05B+C) – som är en i det närmaste lika stor grupp – förklarar nästan 40 procent av ökningen.

Åldersgruppen 65-w Total ökning 5-6 procent (riket = + 4 %). Även här är det i första hand utvecklingen av antidepressiva (+7%) som förklarar förändringen mellan 2003 och 2006.

6.3 Bedömning

Syftet med att redovisa andelen personer som i Folkhälsoenkäten uppger sig ha använt psykofarmaka under de senaste tre månaderna är att få en bild av hur många invånare i 16 – 84 års ålder som har så pass omfattande psykisk ohälsa att man är/anser sig vara i behov av medicin.

Apotekets försäljning av psykofarmaka redovisas för att få en uppfattning om det samlade behovet av olika typer av psykofarmaka är bland invånarna i Västra Götaland och hur detta utvecklats över tid. Tanken är alltså apoteksförsäljningen av psykofarmaka speglar invånarnas behov.

Men det gör inte detta fullt ut. Förutsättningen för att få recept utskrivet är läkarkontakt. Benägenheten att söka läkare påverkas av olika faktorer, inte minst av hur starkt enskilda individer upplever behovet av lindring och bot. Och benägenheten att hämta ut ordinerad medicin torde också variera med behovet. Men också med i vilken grad medicinen ifråga antas kunna lindra symptomen och ge biverkningar. Allmänna uppskattningar gör gällande att cirka 80 procent av all förskrivna medicin ändå hämtas ut från apotek. Utfallet torde dock variera betydligt med typ av farmaka.

Försäljningen av läkemedel styrs nu inte enbart av behov och efterfrågan. Den är i stor utsträckning också utbudsstyrd. I åtanke är tillgången på effektiva läkemedel, marknadsföringen av dessa medel och läkares benägenhet skriva ut läkemedel. Det mesta talar dock för att det råder ett starkt samband mellan utbud och behov/efterfrågan.

Om det blivit allmänt känt att ett nytt och effektivare läkemedel kommit ut på marknaden kan det ibland uppstå en snabb ökning av efterfrågan. Ett tydligt exempel på detta är introduceringen av de s.k. selektiva serotoninåterupptagshämmarna (SSRI) – en speciell typ av antidepressivt läkemedel. Frågan i sådana situationer är hur stor del av efterfrågeökningen som representerar ett dolt behov och hur stor del som är ett utslag av överdrivna förväntningar.

Vad gäller förskrivningen av antidepressiva idag, 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.²³ 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.

²³ Antidepressiva läkemedel vid psykisk ohälsa. Studier av praxis i primärvården. Socialstyrelsen 2006

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.

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:

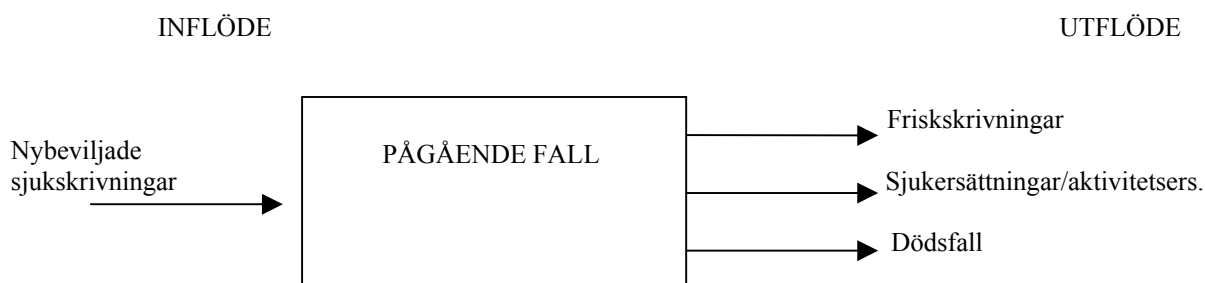
- Att antalet pågående långa sjukfall fall med psykisk-ohälsa-diagnos minskat med 31% mellan 2003 och 2005
- Att minskningen sannolikt helt och hållet förklaras av en ökning av antalet sjuk-/aktivitetsersättningar under denna period

7.1 Metod

Som indikator på den långvariga psykiska ohälsans omfattning hos arbetskraften* i Västra Götaland har utredningen valt Försäkringskassans statistik över pågående sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnos vilka pågått mer än 60 dagar.

Uppgifterna grundar sig på de årliga kartläggningar som Försäkringskassan i Västra Götaland genomför sedan år 2003. Det första året var mättidpunkten 20 augusti och efterföljande år den 1 oktober. Tyvärr omfattar inte dessa kartläggningar jämförelser med riket varför nedanstående redovisning begränsar sig till invånarna i Västra Götaland.

Det som avgör antalet pågående sjukfall vid ett visst tillfälle är dels inflödet, dels utflödet. Utflödets omfattning beror på hur många sjukskrivna individer som friskskrivs, erhåller sjukersättning/aktivitetsersättning eller avlider. Ju längre tid ett sjukfall varat, desto större är chansen att det avslutas med sjukersättning/aktivitetsersättning.



Försäkringskassans diagnosredovisning baseras på senast satta diagnos, och på huvuddiagnos i de fall en person erhållit flera diagnoser vid ett och samma tillfälle.

Redovisningen av "psykisk ohälsa" grundar sig enligt uppgift på F-diagnoser (F00-F99), vilka redovisas i klump. Det är dock möjligt att ta fram data på underkapitelnivå. Men det kräver särskilt utredningsarbete och fordrar mer tid än som stått tillförfogande för denna kartläggning.

Diagnoserna F00-F99 domineras av så kallade syndrom. Med syndrom menas diagnoser som förutsätter ett flertal, sammanhängande symptom. Detta till skillnad från enskilda symptom, mer lösryckta besvär, t.ex. sömnsvårigheter, där diagnossättningen i huvudsak grundar på patientens beskrivning. De överlägset vanligaste F-diagnoserna är *Stressstillstånd, ångestsyndrom mm (F40-48)* och *Depressioner m.m. (F30-F39)*. En undersökning av Riksförsäkringsverket (RFV 2004:8) omfattande sjukskrivningar som pågått > 60 dagar, visar att den förra diagnosgruppen motsvarar c:a hälften och den senare diagnosgruppen c:a 40 procent av samtliga F-diagnoser.

7.2 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.

7.2.1 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 AA visar psykisk-ohälsa-diagnosernas andel bland de manliga och kvinnliga sjukfallen, per 1 oktober 2005.

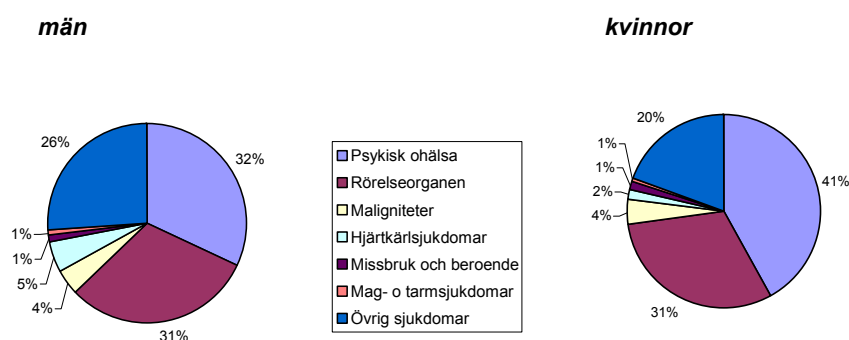


Diagram AA Invånare i Västra Götaland. Pågående sjukfall 2005.10.30 som varat > 60 dagar fördelade på sjukskrivningsdiagnos (N = 10 379/17 499). Källa: Försäkringskassan i Västra Götaland
Källa: Försäkringskassan i Västra Götaland

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 psykisk-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 AB 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.

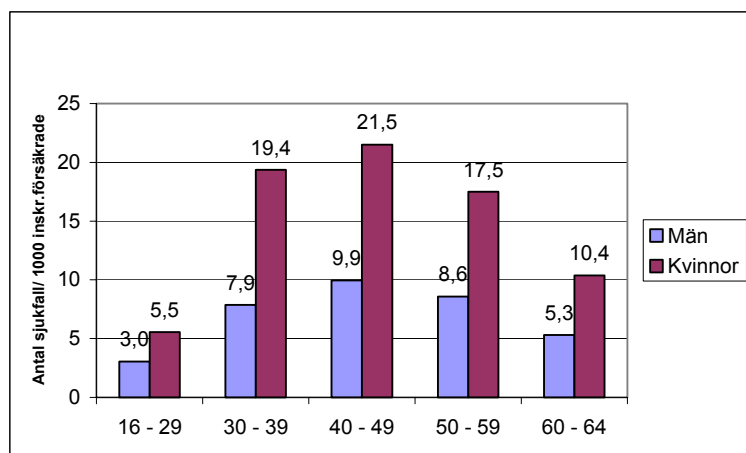


Diagram AB Manliga och kvinnliga invånare i Västra Götaland i olika åldersgrupper. Sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnos som 2005.10.30 pågått > 60 dagar per 1000 registrerade försäkrade. Källa: Försäkringskassan i Västra Götaland

- *Sysselsättning mm*

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

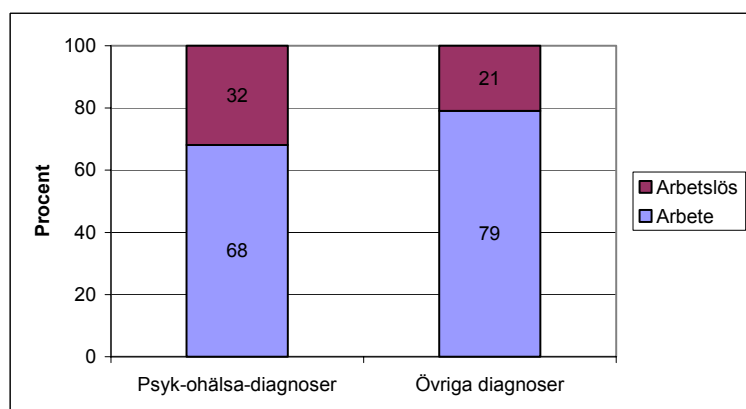


Diagram AC Manliga och kvinnliga invånare i Västra Götaland i olika åldersgrupper. Sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnos som 2005.10.30 pågått > 60 dagar per 1000 registrerade försäkrade. Källa: Försäkringskassan i Västra Götaland

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 AD 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.

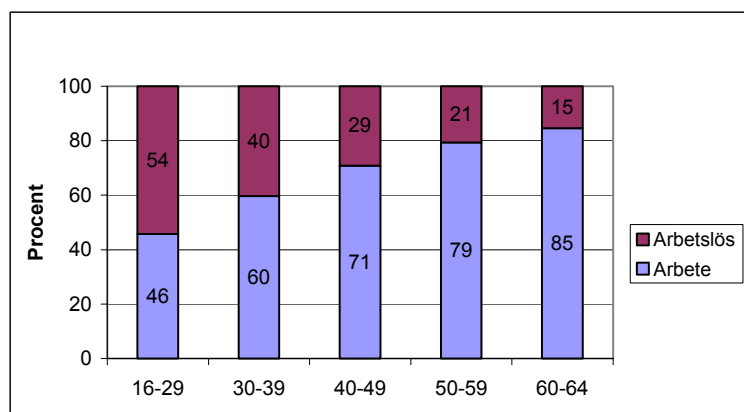


Diagram AD Sjukfall i Västra Götaland med psykisk-ohälsa-diagnos som 2005.10.30 pågått > 60 dagar i olika åldersgrupper. Procentuell fördelning inom varje åldersgrupp mellan personer som har arbete och arbetslösa
Källa: Försäkringskassan i Västra Götaland

I diagram AE 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.

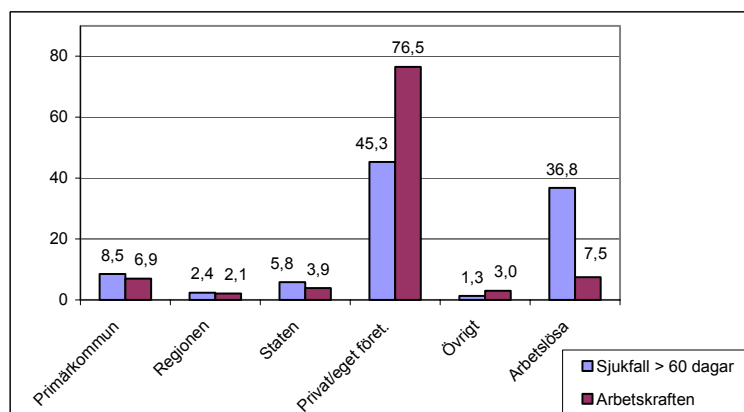


Diagram AE Manliga sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnos i Västra Götaland som 2005.10.30 pågått > 60 dagar
Procentuell fördelning på arbetsmarknadssektorer jämfört med hur arbetskraften inom befolkningen fördelar sig.
Källa: Försäkringskassan i Västra Götaland

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

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

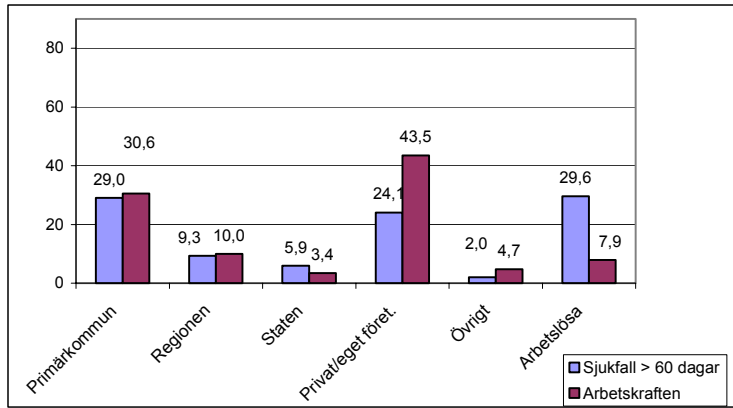


Diagram AF Kvinnliga sjukfall i Västra Götaland med psykisk-ohälsa-diagnos som 2005.10.30 pågått > 60 dagar. Procentuell fördelning på arbetsmarknadssektorer jämfört med hur arbetskraften inom befolkningen fördelar sig
Källa: Försäkringskassan i Västra Götaland

- *Inomregionalt mönster*

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

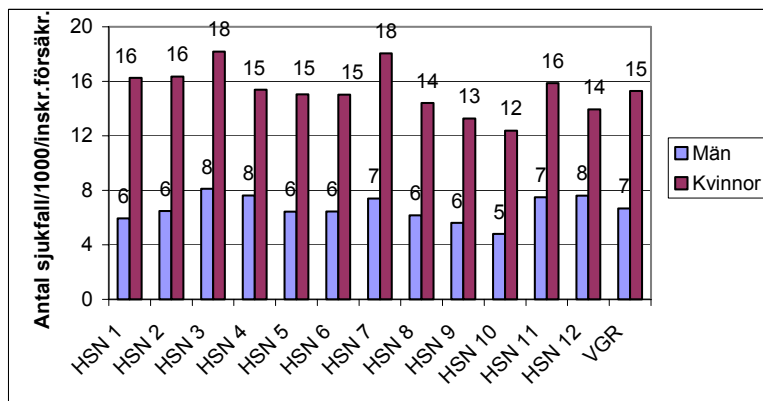


Diagram AG Invånare i VGR's HSN-områden. Sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnos som 2005.10.30 pågått > 60 dagar per 1000 registrerade försäkrade. Källa: Försäkringskassan i Västra Götaland. Källa: Försäkringskassan i Västra Götaland

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).

I nedanstående diagram redovisas för varje HSN-område psykisk-ohälsa-diagnosernas andel (%) av samtliga diagnoser bland det fall som 2005.10.30. pågått mer än 60 dagar.

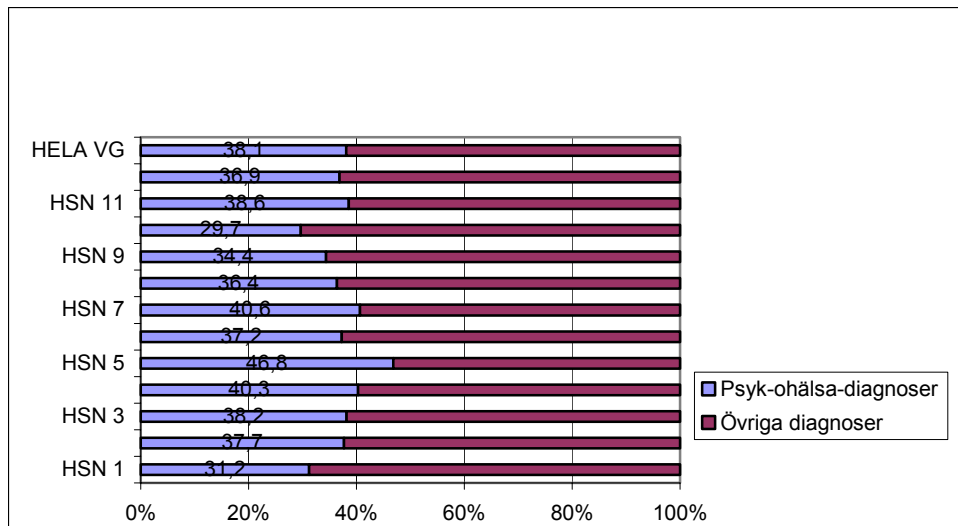


Diagram AH Sjukfall i Västra Götaland med psykisk-ohälsa-diagnos som 2005.10.01 pågått > 60 dagar. Procentuell fördelning på psykisk-ohälsa-diagnoser och övriga diagnoser Källa: Försäkringskassan i Västra Götaland

Av diagrammet framgår att Göteborg, Centrum-Väster (HSN 5) har den klart högsta andelen psyk-ohälsa-diagnoser, och att Östra Skaraborg (HSN 10) och Norra Bohuslän (HSN 1) har den klart lägsta. Det höga värdet för HSN 5 märks för både män och kvinnor. De låga värdena för HSN 10 och HSN 1 är också oberoende av kön.

HSN-områdena skiljer sig också åt vad gäller psyk-ohälsa-fallens långvarighet. Störst andel fall > 1 år hade HSN 1 (55,6%), HSN 9 (54,1%) och HSN 3 (54,0%). Lägst andel hade HSN 6 (44,3%) och HSN 12 (45,9%). I samtliga HSN-områden – Sjuhärad (HSN 8) undantaget – noterade kvinnorna en något högre andel fall > 1 år än männen.

7.2.2 Utveckling

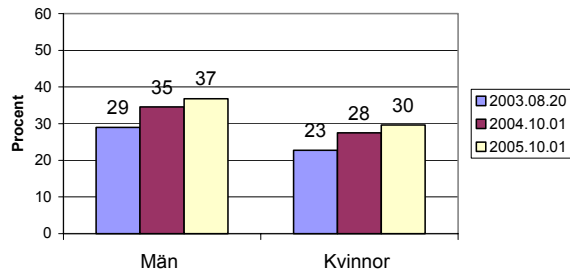
Under perioden 2003-2005 har antalet pågående långa sjukfall alla diagnoser sammantagna *minskat* med c:a 28 procent i Västra Götaland. Det motsvarar 9 800 personer. Samtidigt har antalet pågående sjuk-/aktivitetsersättningar ("förtidspensioneringar") *ökat* med 11 500 personer, vilket betyder att denna 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 AI 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.

Samtliga åldrar



16-24 år

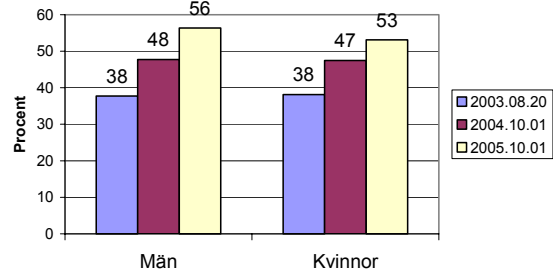


Diagram AI Kvinnliga och manliga invånare i Västra Götaland. Utvecklingen av andelen (%) arbetslösa bland sjukfall med psykisk-ohälsa-diagnos som pågått > 60 dagar. Källa: Försäkringskassan i Västra Götaland

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.

7.3 Bedömning

Syftet med att redovisa långa sjukfall som pågått > 60 dagar är att förmedla en bild av den långvariga psykiska ohälsans omfattning och utveckling hos arbetskraften i Västra Götaland.

- *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.²⁴

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.

Tilläggas bör att det även finns förhållanden som troligen modererar den misstänkta överrepresentationen av psykisk-ohälsa-fall i Försäkringskassans statistik, totalt sett:

- Statistiken baserar sig enbart på huvuddiagnoser. Den underrepresentation som detta medför är sannolikt större för psykisk-ohälsa-diagnoserna än för andra diagnosgrupper. Då t ex både depression och värk i rygg nacke/axlar föreligger, föredrar nog de flesta patienter den senare diagnosen som huvuddiagnos. En muskuloskeletal diagnos torde i allmänhet kännas mindre besvärande relativt arbetsgivaren, än en psykisk-ohälsa-diagnos.
- Begränsningen till F-diagnoser: Avsaknaden av vissa T-, Z- och R-diagnoser av psykisk-ohälsa-valör betyder att Försäkringskassans psykisk-ohälsa-registrering saknar vissa fall som definitivt lider av psykisk ohälsa.

²⁴ Sjukförsäkring, 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.²⁵ Läkares sjukskrivningspraxis är ett tämligen outforskat område.

Men det saknas inte undersökningar. I en nyligen genomförd studie i Östergötland (Söderberg, Alexandersson) av en veckas läkarintyg hade man svårt att spåra någon sjukskrivningspraxis. 43 procenten av läkarintygen bedömdes som ofullständiga. Med ökande sjukfallslängd snarare ökar än minskar bristerna. I en utvärdering av Försäkringskassan avseende sjukfall som pågått > 1 år, är i 65 procent av fallen sjukskrivningsunderlaget så bristfälligt att det inte går att fatta något som helst beslut.²⁶

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att bedriva tillsyn över sjukskrivningsprocessen. Totalt sett har 194 vårdcentraler, 81 företagshälsovårdsenheter och 87 privatpraktiker granskats och besökts. Över 2 000 journaler har studerats. Studieobjektet är sjukfall som pågått > 60 dagar.

Tillsynen bekräftar bristerna i sjukskrivningsprocessen. Patientjournaler och sjukintyg saknar ofta information som är nödvändig för Försäkringskassan, t.ex. syftet med sjukskrivningen och sjukdomens/besvärens effekt på arbetsförmågan. Vad gäller det senare förhållandet framkommer att få läkare, framförallt inom primärvården, har tillräckliga kunskaper om vad som krävs på olika arbetsplatser. De flesta är helt beroende av hur patienten bedömer sin förmåga till arbete. Vidare har Socialstyrelsen funnit att läkarna sällan ser sjukskrivningen som en aktiv del av vården. Vid samtliga granskade enheter bedömdes en stor andel av de långtidssjukskrivna som medicinskt färdigbehandlade.²⁷ Tillsynen kommer att pågå fram till år 2007. Och från och med i år är översynen inriktad på patienter med psykiatriska diagnoser.

Vid jämförelser av mindre geografiska områden, t.ex. små kommuner eller vårdcentralsområden finns det goda skäl att beakta avsaknaden av en allmängiltig sjukskrivningspraxis bland läkare. Att sjukskrivningskulturen bland läkare skulle skilja sig mellan hela HSN-områden verkar dock inte särskilt troligt. De sjukskrivande läkarna är så pass många inom HSN-områdena att avvikelserna från en tänkt praxis bör vara lika stora åt båda hållen och mer eller mindre ta ut varandra.

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".

²⁵ Alexandersson. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. RFV

²⁶ Försäkringskassan 2005. Kvaliteten i beslutsunderlagen i ärenden där sjukpenning och rehabiliteringspenning betalas ut dag 365)

²⁷ Pressmeddelande 2006.03.15.

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 Metod

Följande redovisning av självmordstankar, självmordsförsök och självmord baseras på resultat från fyra olika datakällor: Folkhälsoenkäten Hälsa-på-lika-villkor 2005, Vårddatabasen Vega, Patientregistret och Dödsorsaksregistret.

Självrapporterade självmordstankar och självmordsförsök:

Folkhälsoenkäten Hälsa-på-lika-villkor 2005 har två frågor om självmordstankar och självmordsförsök:

Fråga 27 Har du någon gång kommit i den situationen att du allvarligt övervägt att ta ditt liv?

Fråga 28 Har du någon gång försökt ta ditt liv?

I båda fallen är svarsalternativen: Nej; Ja, en gång; Ja, flera gånger.

Sjukvårdkontakt för "självmordsförsök/självtilfogad skada":

"Självmordsförsök/självtilfogad skada" har definierats som sjukvårdskontakter för "avsiktlig självdestruktiv handling" ("säkra fall") med orsakskoderna ICD10 X60-X84 och "skadehändelser med oklar avsikt" ("osäkra fall") kodade ICD10 Y10-Y34. Vid redovisningen av "självmordsförsök/självtilfogad skada" diagnostiserad vid slutna sjukhusvård har säkra fall (kvinnor: 79%, män: 90%) och oklara fall slagits samman.

Vid redovisning av självtilfogad skada diagnostiserad inom öppenvård vid sjukhus har däremot enbart de säkra fallen (8%) tagits med. De oklara fallen har utelämnats eftersom de utgjorde en så stor andel och bland dessa hade 93% tilldelats diagnosen Y34. Y34 står för "icke specificerad skadehändelse, med oklar avsikt". Utelämnat är också data för år 2001 i öppenvården, då vårddatabasen detta år blandar samman data från öppenvård vid sjukhus och primärvård.

Om en länsinvånare vårdats vid flera tillfällen under ett år för "självmordsförsök/självtilfogad skada", redovisas han/hon detta år som *ett* fall. Personer som under ett kalenderår har olika åldrar vid olika vårdtillfällen pga att de fyllt år mellan dessa vårdtillfällen, har tilldelats den högre åldern. Och personer som saknar giltigt personnummer har betraktats som olika personer (26 st).

Samtliga barn under 10 år har exkluderats, pga att det är ett fåtal barn som vårdats för "självmordsförsök/självtilfogad skada" och att åldersklassen 0-1 år av allt att döma rymmer felklassificeringar vad gäller ålder.

I de fall åldersstandardisering förekommer har Sveriges befolkning år 2000 använts som standardpopulation.

Data från vårddatabasen Vega har använts vid redovisning av utfall för olika HSN-områden, 5-årsåldersklasser, öppenvård vid sjukhus och åren 2004 och 2005. I diagram AR har statistik hämtats direkt från patientregistret.

Vid jämförelser av Västra Götaland och Sverige har slutenvårdsdata från patientregistret (Socialstyrelsen) använts för både länet och riket för en mer korrekt jämförelse (1987-2003). I vårddatabasen Vega finns nämligen ingen information om diagnoser för västragötalänningar som vårdats i andra landsting. Uppgifterna har erhållits via NASP (Nationellt Centrum för Suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa), förutom diagram AR där statistik hämtats direkt från patientregistret. Uppgift om yttre orsak saknas vid skadediagnos i viss utsträckning vad gäller riket. Under 1990-talet var det 3,7 procent, under 1998 11,8 procent och under 2004 2,2 procent.

Självmord:

Dödsorsaksregistret (Socialstyrelsen) har använts för att studera omfattningen av självmorden i Västra Götaland och i Sverige under perioden 1987-2003. Som självmord räknas såväl "säkra fall" (ICD10 X60-X84, ICD9 E950-E959) som "osäkra fall" (ICD10 Y10-Y34, ICD9 E980-E989).

De "osäkra" fallen utgör cirka 15-20 procent – vanligen är det då fråga om olika typer av förgiftningar²⁸. Vid noggranna studier av de osäkra fallen har man funnit att en majoritet sannolikt är självmord. I Västra Götaland utgjordes andelen säkra fall av 84% för kvinnor och 90% för män under perioden 1999-2003.

²⁸ Nationellt centrum för suicidprevention och psykisk ohälsa (NASP)

Självorden har även studerats på HSN-områdesnivå och utbildningsnivå. För att kunna separera de tre HSN-områdena i Göteborgs kommun (HSN 5, 11 och 12) och för att få information om utbildning har en samkörning gjorts mellan dödsorsaksregistret och Statistiska Centralbyrån. Tre utbildningsnivåer förekommer: Låg utbildning = högst 2 år på gymnasiet. Mellanutbildning = gymnasium 3 år samt eftergymnasial utbildning kortare än 3 år. Hög utbildning = eftergymnasial utbildning om 3 år eller längre eller forskarutbildning. I de fall åldersstandardisering förekommer har Sveriges befolkning år 2000 använts som standardpopulation.

För att undvika över/undertolkningar av utfallen av självmord på grund av små tal, har vi studerat femårsmedelvärden (fyraårsmedelvärden för tidstrender). Men det bör beaktas att talen ändå kan bli små vid uppdelning på nämndnivå.

8.2 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.²⁹

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.³⁰

8.2.1 Nuläge

- *Allmänt*

Diagram AJ 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.

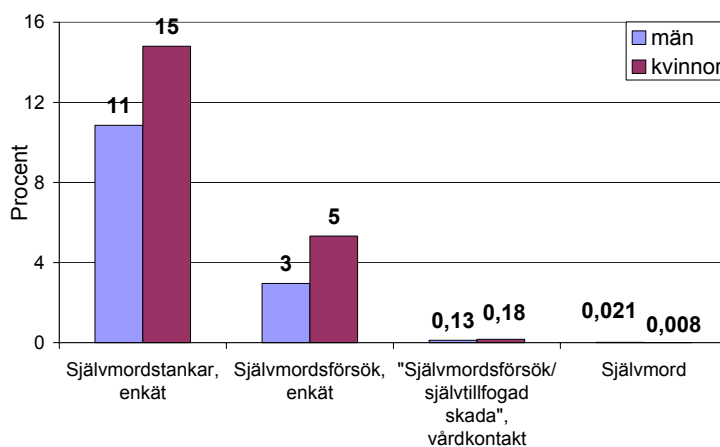


Diagram AJ Andel västragötalänningar (%) som uppgett att de någon gång haft självmordstankar, uppgett att de någon gång gjort självmordsförsök, haft sjukvårdskontakt för "självmordsförsök/självtillfogad skada" i sluten, öppen- eller primärvård i VGR år 2005 eller begått självmord år 2003 i åldrarna 15-84 år (16-84 år i enkäten), Källa: Folkhälsoenkäten 2005, vårddatabasen Vega 2005, Dödsorsaksregistret 2003

Självmordstankar och självmordsförsök: Andel personer med självmordstankar och självrapporterade självmordsförsök i Västra Götaland är i nivå med riket. Självmordstankar i riket: män 11%, kvinnor 14%. Självmordsförsök i riket: män 3%, kvinnor 5%.

²⁹ Wasserman D, Suicid och stress. Incitament 2002(1)31-34.

³⁰ NASP Nationellt centrum för suicidprevention och psykisk ohälsa

”Självordsförsök/självtilfogad skada”: År 2005 hade 813 män och 1167 kvinnor i Västra Götaland 10 år och äldre vårdkontakt för ”självordsförsök/självtilfogad skada”. Fler vårdades i slutenvård än i öppen vård, ca 85%. Diagram AK visar att andelen västragötalänningar som vårdats för ”självordsförsök/självtilfogad skada” var högre än andelen svenskar, både för 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 AK.

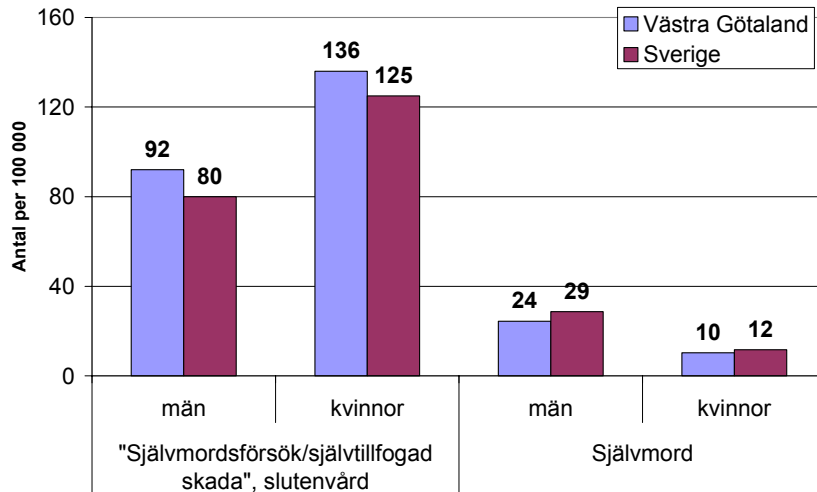
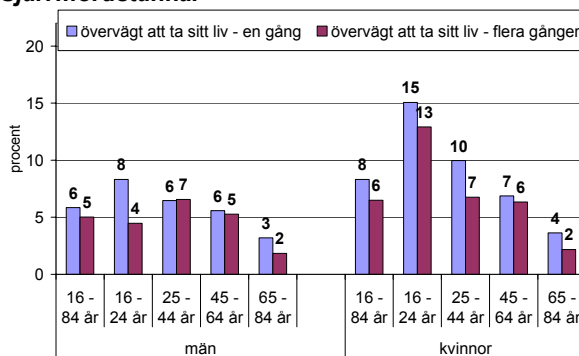


Diagram AK Antal västragötalänningar och svenskar (15-w år) per 100 000 invånare som haft slutenvårdskontakt för ”självordsförsök/självtilfogad skada” under perioden 2001-2003 eller som begått självmord under perioden 1999-2003. Källa: Patientregistret, Dödsorsaksregistret

- *Åldersgrupper*

Självordstankar uppges i betydligt större utsträckning av yngre personer än av äldre personer (diagram AL). 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 (diagram AL). De som försökt ta sitt liv *en* gång är mer än dubbelt så många som de som försökt flera gånger.

Självordstankar



Självordsförsök

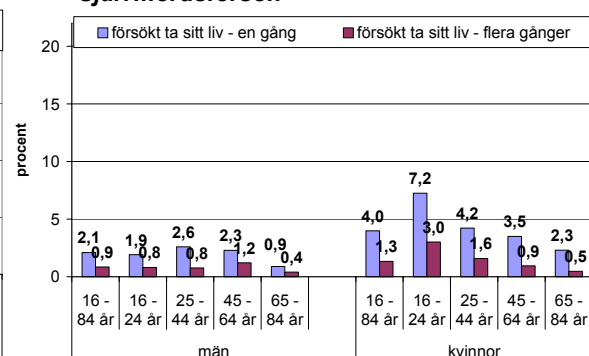


Diagram AL Andel västragötalänningar (16-84 år) som uppgett att de haft självmordstankar en eller flera gånger respektive försökt att ta sitt liv en eller flera gånger, fördelat på åldersgrupper och kön. Källa: folkhälsoenkäten.2005

”Självbrandsförsök/självtilfogad skada”: Diagram AM visar grafiskt att antal personer som slutenvårdats för ”självbrandsförsök/självtilfogad skada” är betydligt vanligare bland yngre än bland äldre för båda könen. Samma mönster observeras för öppen vård vid sjukhus.

Självbrand: Andelen självbrand är tvärtom högre bland äldre personer (diagram AM). Bland män är andelen självbrand högst i åldersgruppen 65 år och äldre, bland kvinnorna är den högst i åldersgruppen 45-64 år (diagram AN).

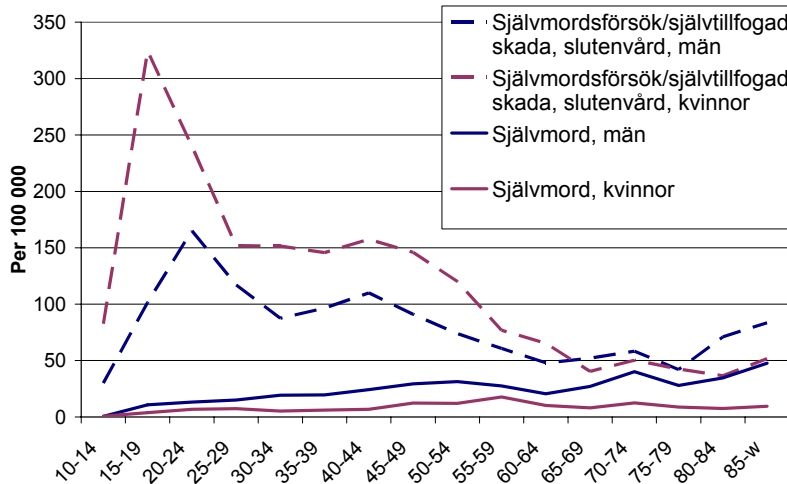
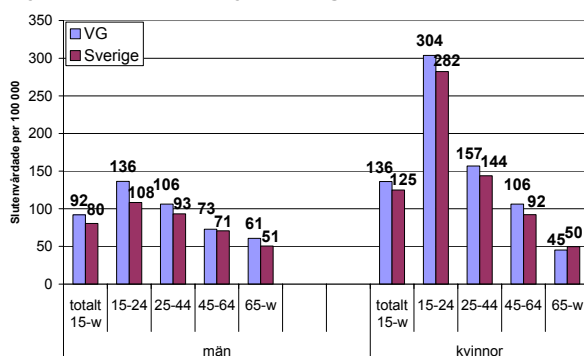


Diagram AM Antal västragötalänningar per 100 000 invånare som slutenvårdats i VGR för självtilfogad skada samt genomförda självbrand, fördelade på femårsåldersklasser och kön, under perioden 2001-2003. Källa: Vårdatabasen Vega och dödsorsaksregistret

”Självbrandsförsök/självtilfogad skada” är vanligare i Västra Götaland än i Sverige i alla åldersklasser förutom bland kvinnor äldre än 65 år (se diagram AN).

Självbrand: Självbrand är däremot vanligare i Sverige än i Västra Götaland i alla åldersklasser förutom bland kvinnor i åldersklassen 15-24 år (diagram AN).

”Självbrandsförsök/självtilfogad skada”



Självbrand

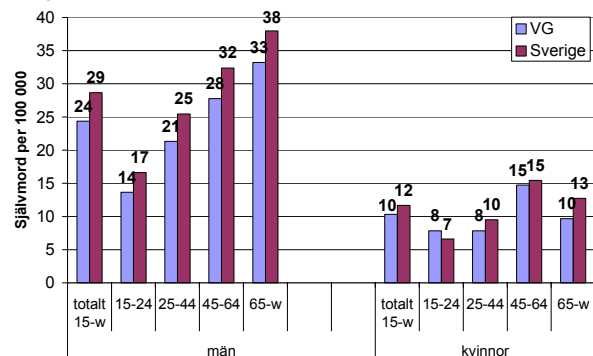


Diagram AN Antal västragötalänningar och svenskar (15-w år) per 100 000 individer som slutenvårdats för ”självbrandsförsök/självtilfogad skada” under treårsperioden 2001-2003 och/eller begått självbrand under femårsperioden 1999-2003, fördelat på åldersklasser och kön. Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret

”Självbrandsförsök/självtilfogad skada”: Tabell H visar antal västragötalänningar som slutenvårdats för ”självbrandsförsök/självtilfogad skada” under perioden 2001-2005. I tabell I redovisas antal personer som haft kontakt med öppen vård vid sjukhus för ”självbrandsförsök/självtilfogad skada” under samma period. Samma individ kan förekomma i båda tabellerna.

Tabell H Antal västragötalänningar som haft **slutenvårdskontakt** för "självordsförsök/självtilfogad skada" (säkra + osäkra) i VGR fördelat på åldersklasser och år. Källa: patientregistret och vårddatabasen Vega

	Antal män						Per 100 000*	Antal kvinnor						Per 100 000*
	10-14**	15-24	25-44	45-64	65-w	Totalt***		10-14**	15-24	25-44	45-64	65-w	Totalt***	
1999	-	125	239	123	42	566	89	-	216	311	160	66	793	122
2000	-	137	225	125	48	559	89	-	227	319	185	62	841	128
2001	19	143	235	113	70	586	93	38	251	314	182	69	872	131
2002	20	117	212	151	73	569	91	42	258	320	224	66	914	139
2003	20	117	232	156	58	586	92	56	292	325	193	63	910	139
2004**	20	167	266	154	61	668	105	42	321	292	184	71	910	137
2005**	20	179	248	180	71	698	109	56	305	342	240	62	1005	148

*15 år och äldre

** Källa vårddatabasen Vega för åldrarna 10-14 och år 2004 och 2005. Vi har ej data för 10-14-åringar före år 2001.

*** Inklusive personer som saknar uppgift om ålder

Tabell I Antal västragötalänningar som haft **öppenvårdskontakt vid sjukhus** för "självordsförsök/självtilfogad skada" (säkra) i VGR fördelat på åldersklasser och år**. Källa: vårddatabasen Vega

	Antal män						Per 100 000****	Antal kvinnor						Per 100 000****
	10-14	15-24	25-44	45-64	65-w	Totalt***		10-14	15-24	25-44	45-64	65-w	Totalt***	
2002	*	32	29	30	12	108	25	14	70	50	31	*	172	46
2003	*	20	42	37	*	105	22	15	78	61	27	*	186	44
2004	*	33	39	36	*	120	29	18	93	50	26	*	193	52
2005	*	50	67	28	*	160	34	27	108	81	30	*	256	63

* 10 personer eller färre

** År 2001 saknas ett antal öppenvårdsdiagnoser i Vega pga det ej går att urskilja om det är primärvård eller öppen vård vid sjukhus för en stor andel diagnoser

*** Inklusive personer som saknar uppgift om ålder

**** 15 år och äldre

"Självord" Tabell J redovisar antal västragötalänningar som begått självmord fördelat på åldersklasser och år. I vissa grupper är antalet självmord mycket få, och slumpvariationen över tid är stor. Detta gör att det är viktigt att vara försiktig vid tolkning av resultat. I åldersgruppen 10-14 år begick 10 flickor och pojkar självmord under perioden 1987-2003.

Tabell J Antal västragötalänningar (15-w år) som begått **självord**, fördelat på åldersklasser, kön och år. Källa dödsorsaksregistret

	Antal män					Per 100 000**	Antal kvinnor					Per 100 000**
	15-24	25-44	45-64	65-w	Totalt**		15-24	25-44	45-64	65-w	Totalt**	
1987	16	76	92	45	229	40,2	*	30	46	18	98	16,6
1988	30	94	57	39	220	38,4	*	33	35	28	104	17,5
1989	21	86	82	43	232	40,2	13	29	38	18	98	16,4
1990	18	71	81	52	222	38,3	11	36	34	21	102	16,9
1991	18	75	56	45	194	33,4	*	36	29	20	94	15,6
1992	15	74	71	54	214	36,8	*	24	36	21	87	14,4
1993	*	70	66	45	190	32,6	*	22	42	16	85	14,0
1994	*	71	71	40	190	32,4	*	20	30	29	82	13,5
1995	19	70	86	37	212	36,0	*	33	25	28	94	15,4
1996	16	69	73	42	200	33,9	*	18	32	20	73	11,9
1997	13	75	67	41	196	33,1	*	18	35	20	77	12,6
1998	*	51	55	43	152	25,6	*	25	33	21	89	14,5
1999	13	43	62	35	153	25,7	15	22	24	*	71	11,5
2000	16	59	42	36	153	25,6	*	19	38	20	82	13,3
2001	*	54	47	40	150	24,9	*	14	35	16	71	11,4
2002	16	43	58	35	152	25,0	*	*	24	12	49	7,8
2003	*	28	54	37	127	20,7	*	17	16	13	49	7,8

* 10 personer eller färre

** 15 år och äldre

- *Sysselsättning mm*

Självordstankar och *självordsförsök* är i Sverige vanligare bland arbetslösa, förtidspensionärer och långtidssjukskrivna än bland yrkesarbetande, se tabell K. Minst vanligt är det bland ålderspensionärer. Självordstankar och självordsförsök är även vanligare bland invånare födda utanför Europa än bland övriga, samt bland personer med ekonomisk osäkerhet. Sannolikt är resultaten liknande i Västra Götaland.

Tabell K Andel svenskar i procent (16-84 år) som uppgett att de någon gång haft självordstankar respektive gjort självordsförsök, fördelat på sysselsättning, ekonomi, födelseland, socioekonomi, utbildning och kön. Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2005³¹

	Procent			
	Självordstankar		Självordsförsök	
	män	kvinnor	män	kvinnor
TOTALT	11	14	3	5
Sysselsättning				
Ålderspensionär	5	6	1	5
Yrkesarbetande	9	14	2	9
Arbetslös	20	20	6	20
Förtidspensionär	29	33	19	29
Långtidssjukskriven	51	46	16	51
Ekonomi				
låg inkomst	20	20	7	20
hög inkomst	11	9	2	11
saknar kontantmarginal	18	20	6	18
har kontantmarginal	9	12	2	9
ekonomisk kris	35	27	13	35
ej ekonomisk kris	8	11	2	8
Födelseland				
Sverige	10	14	3	10
övriga Norden	12	13	6	12
övriga Europa	11	17	4	11
övriga Världen	19	22	11	19
Socioekonomi				
arbetare	12	15	3	12
lägre tjm	9	13	2	9
mellan & högre tjm	10	15	3	10
egenföret. lantbrukare	9	28	4	9
ej klassificerbara	19	17	3	19
Utbildning				
kort	13	16	4	13
mellanlång	11	15	3	11
lång	8	16	2	8

Självord: Diagram AO visar att självord 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.

³¹ Hälsa på lika villkor, Resultat från nationella folkhälsoenkäten 2005, Statens folkhälsoinstitut

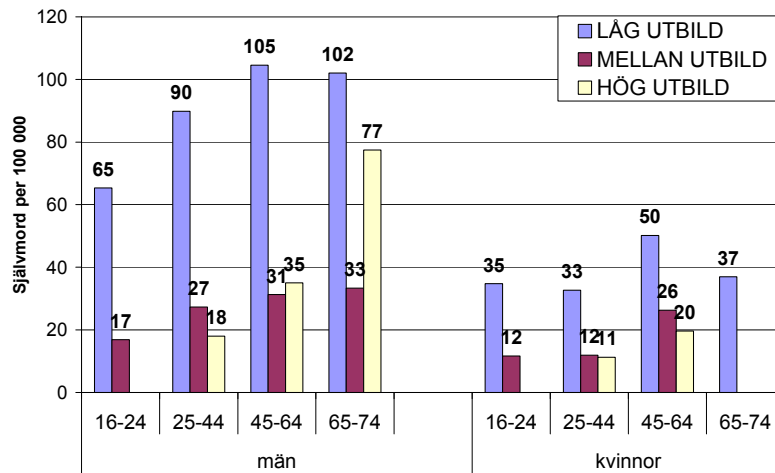


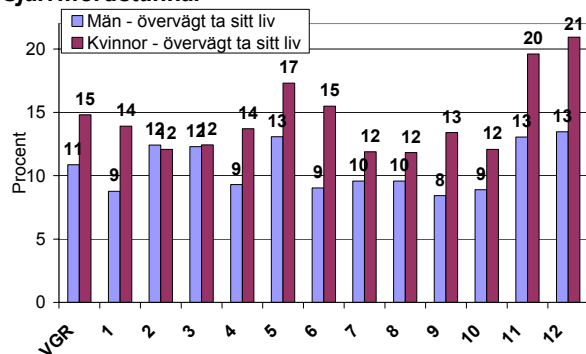
Diagram AO Antal västragötalänningar (16-74 år) per 100 000 som begått **själv mord**, fördelade på utbildningsnivå, åldersklasser och kön under perioden 1999-2003. Källa Dödsorsaksregistret, utbildningsregistret (SCB)

- *Inomregionala mönster*

Själv mordstankar och självmordsförsök: Diagram AP visar att förhållandevis många personer uppger självmordstankar och självmordsförsök i Göteborg Hisingen (HSN 11) och Nordöstra Göteborg (HSN 12). Själv mordstankar 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.

Själv mordstankar



Själv mordsförsök

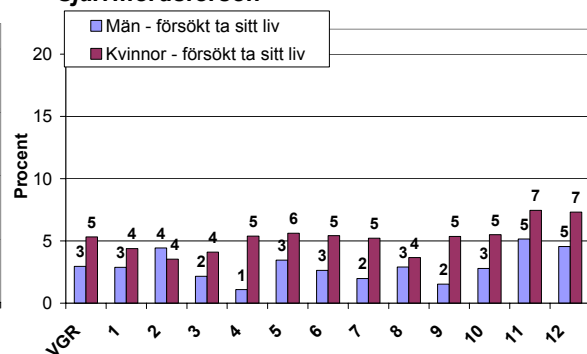


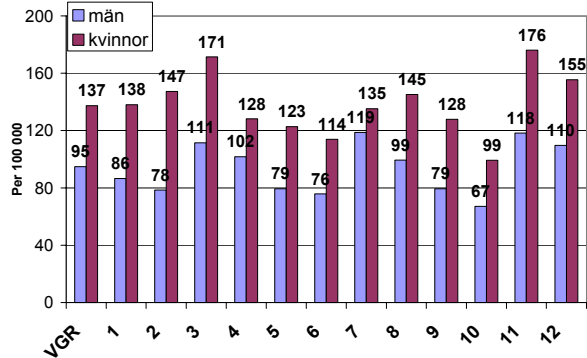
Diagram AP Andel västragötalänningar (16-84 år) som svarat att de någon gång haft självmordstankar och/eller gjort självmordsförsök, fördelat på HSN-område och kön. Källa: folkhälsöenkäten 2005

”Själv tillfogad skada/själv mordsförsök”: Diagram AQ 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).

I alla åldersklasser varierar frekvensen mellan nämnderna. I samtliga HSN-områden minskar andelen personer som haft vårdkontakt med ökande ålder. I Dalsland (HSN 2) däremot ökar

andelen män som haft vårdkontakt med stigande ålder upp till 65 år för att sedan minska. Även män i Norra Bohuslän (HSN 1) och Trestad (HSN 3) bryter mönstret men i mindre grad; där är frekvensen störst i åldersgruppen 25-44 år.

”Självordsförsök/självtilfogad skada”



Självord

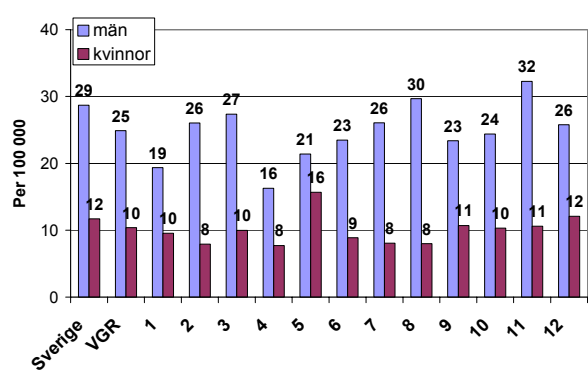


Diagram AQ Antal västragötalänningar per 100 000 invånare (15-w år) som slutenvårdats för ”självordsförsök/självtilfogad skada” under perioden 2001-2005, respektive begått självmord under perioden 1999-2003 fördelade på HSN-områden och kön. Åldersstandardiserat. Källa: Värddatabasen Vega, dödsorsaksregistret

Självord: Diagram AQ visar att andelen självmord 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 självmord bland högutbildade än resten av länet, 17 fall mot förväntat 6.

Tabell L redovisar antal personer som haft vårdkontakt för ”självordsförsök/självtilfogad skada” respektive begått självmord, fördelat på HSN-område och kön.

Tabell L Antal personer (15-w år) som haft sjukvårdskontakt för ”självordsförsök/självtilfogad skada” i slutenvård 2001-2005 och öppen vård 2002-2005, samt antal självmord 1999-2003, fördelade på HSN-områden och kön. Källa Värddatabasen Vega och Dödsorsaksregistret

HSN	Antal ”självordsförsök/självtilfogad skada”				Antal självmord	
	Sluten vård 2001-2005		Öppen vård vid sjukhus 2002-2005		1999-2003	
	män	kvinnor	män	kvinnor	män	kvinnor
1 Norra Bohuslän	124	188	21	28	30	15
2 Dalsland	72	125	29	26	26	7
3 Trestad	340	519	88	151	83	31
4 Mellersta Bohuslän och Ale	228	291	46	64	34	18
5 Göteborg - Centrum Väster	348	570	37	78	88	70
6 Mittensälvsborg	134	217	32	27	41	16
7 Södra Bohuslän	280	337	15	46	55	19
8 Sjuhärad	364	536	72	100	108	30
9 Västra Skaraborg	199	312	37	60	60	28
10 Östra Skaraborg	173	251	31	31	63	27
11 Göteborg - Hisingen	310	458	33	55	76	26
12 Göteborg - Nordost	333	467	32	65	67	34
Västra Götaland	2 939	4 268	474	733	735	322

*Uppgift om HSN-tillhörighet saknades för fem västragötalänningar som tagit sitt liv.

8.2.2 Utveckling

”Självordsförsök/självtilfogad skada”: Diagram AR 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 bland kvinnor.

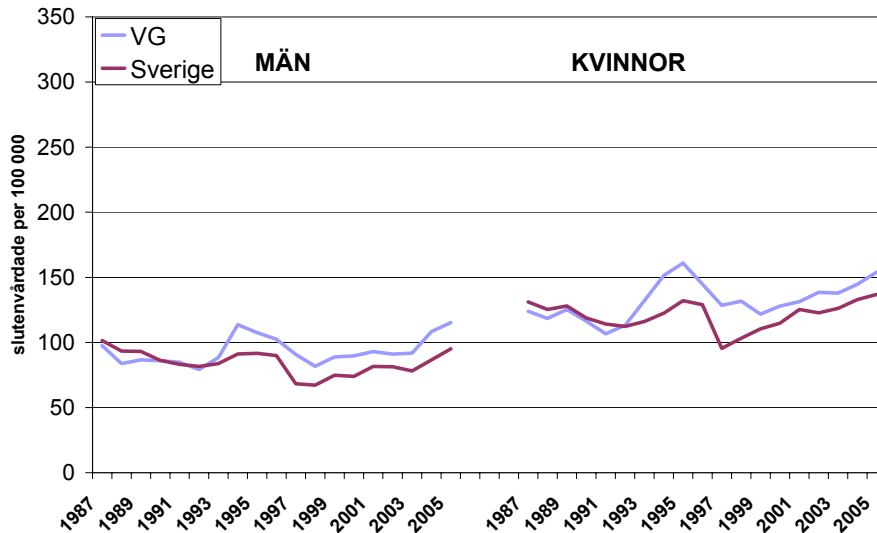


Diagram AR Antal västragötalänningar och svenskar (15-år och äldre) per 100 000 invånare som slutenvårdats för ”självordsförsök/självtilfogad skada” under perioden 1987-2005. Källa: Patientregistret

Ökningen i andelen personer som slutenvårdats för ”självordsförsök/självtilfogad skada” gäller framförallt kvinnor i åldersgruppen 15-24 år, både i Västra Götaland och Sverige (diagram AS). I Västra Götaland observeras en ökning även bland unga män.

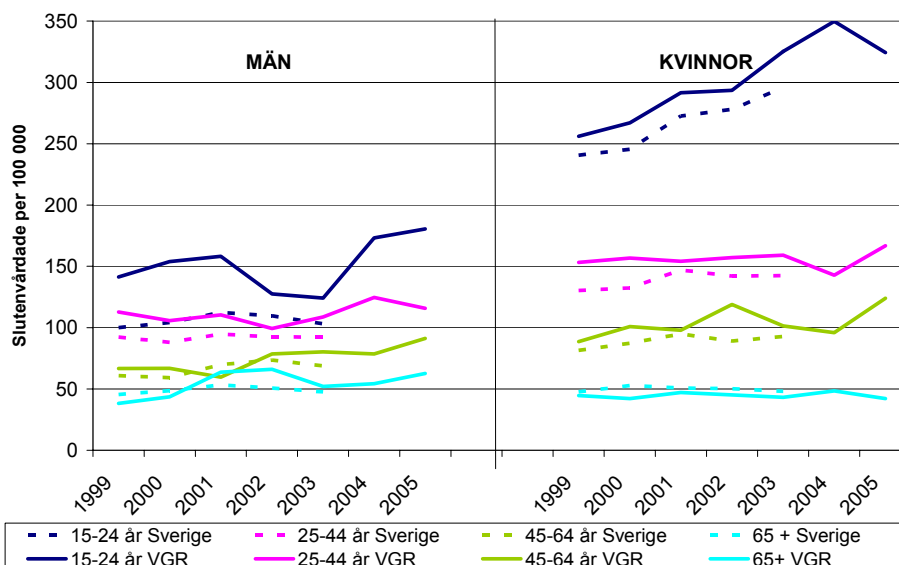


Diagram AS Antalet västragötalänningar och svenskar per 100 000 invånare som slutenvårdats för ”självordsförsök/självtilfogad skada”, fördelade på åldersgrupperna 15-24 år, 25-44 år, 45-64 år och 65 år och äldre och kön under perioden 1999-2005. Källa: Dödsorsaksregistret, vårddatabasen Vega (år 2004-2005)

Själv mord: Diagram AT 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 nästan halverats både för män och kvinnor mellan 1987 och 2003.

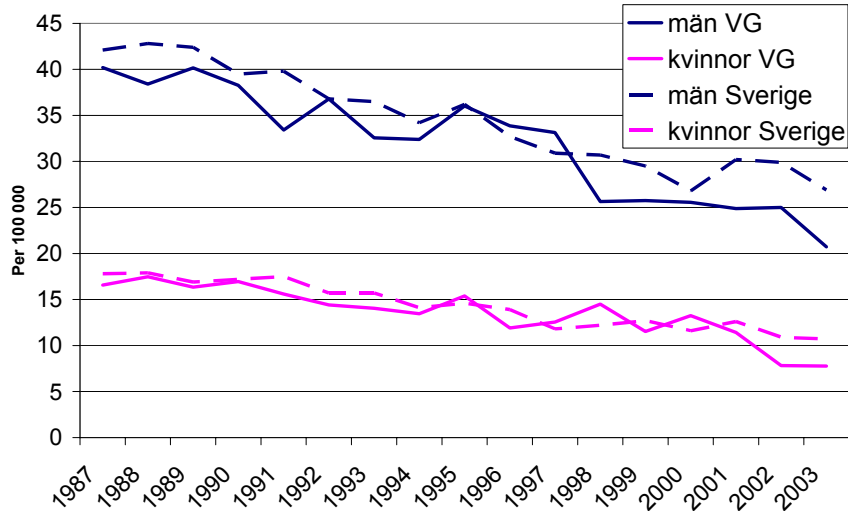


Diagram AT Antal västragötalänningar och svenskar (15-w år) per 100 000 invånare som begick självmord under perioden 1987-2003, fördelat på kön. Källa: Dödsorsaksregistret

För rikets män 15-24 år märks dock vissa ökningstendenser under senaste femårsperioden (diagram AU). 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, men de slumpmässiga variationerna per år är ganska stora. År 1998 fördubblades antalet självmord i regionen jämfört med året innan bland kvinnor 15-24 år (till 10 st) och år 1999 tredubblades antalet (till 15 st), för att sedan minska igen. Detta bidrar till högre flerårsmedelvärden för perioderna 1995-1998 och 1999-2003.

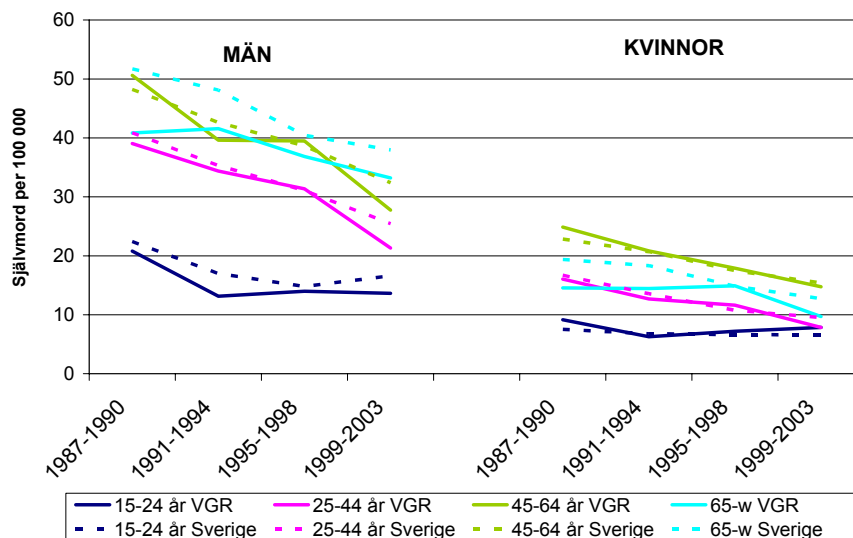


Diagram AU Antal västragötalänningar och svenskar per 100 000 invånare som begick självmord under perioderna 1987-1990, 1991-1994, 1995-1998, 1999-2003 fördelat på fyra åldersgrupper och kön. Källa: Dödsorsaksregistret

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

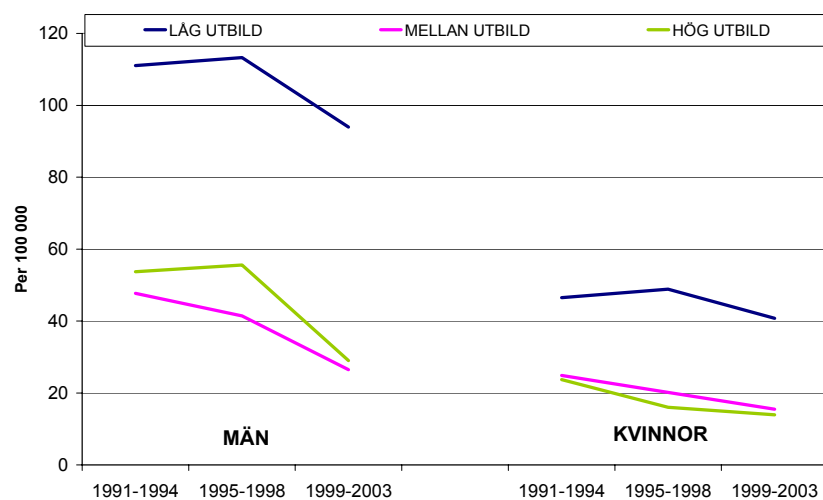


Diagram AV Antal västragötalänningar (16-74 år) per 100 000 invånare som begått självmord under perioderna 1991-1994, 1995-1998, 1999-2003 fördelat på utbildningsnivå och kön, ej åldersstandardiserat.
Källa: Dödsorsaksregistret, Utbildningsregistret (SCB)

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

8.3 Bedömning

Syftet med att redovisa utfallet på enkätfrågorna om självmord är att belysa hur vanligt förekommande det är i befolkningen 16-84 år att man någon gång haft självmordstankar eller försökt ta sitt liv. Avsikten med statistiken över ”självordsförsök/självtilfogad skada” är att få en bild av hur vanligt det är i befolkningen att psykisk ohälsa tar sig allvarliga självdestruktiva uttryck. Självmordsstatistiken har valts för att ge en uppfattning om hur vanligt det är i befolkningen att psykisk ohälsa tar sig allvarliga självdestruktiva uttryck med dödlig utgång.

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” (säkra fall: ICD10 X60-X84) samt ”skadehändelser med oklar avsikt” (osäkra fall: ICD Y10-Y34) använts (i likhet med Nationellt centrum för suicidprevention och prevention av psykisk ohälsa, NASP). I denna rapport benämns dessa ”självordsförsök/självtilfogad skada” respektive självmord. ”Självordsförsök/självtilfogad skada” rymmer inte enbart självmordsavsikt. Det inbegriper även avsiktligt tillfogad skada i ångestdämpande syfte – ett ökande fenomen bland ungdomar.

Diagnosen ”skadehändelser med oklar avsikt” (osäkra fall) används när man är osäker på uppsåtet bakom dödsfallet eller skadan, dvs om det var en olycka eller avsiktlig handling. Syftet är att underlätta svåra bedömningar i enskilda fall. De allra flesta osäkra dödsfallen är olika typer av förgiftningar. Vid noggranna specialstudier av osäkra dödsfall har man funnit att en majoritet av de osäkra fallen med allra största sannolikhet har varit självmord. Därför räknas de också in i både i självmordstalet och i antalet ”självordsförsök/självtilfogad skada”, trots det fel som därmed uppstår. Knappt femton procent av ”självordsförsöken/självtilfogad skada” och självmorden är osäkra fall.

Genom att slå samman ”säkra” och ”osäkra” fall tas dessutom hänsyn till eventuella skillnader i benägenhet att registrera X- alternativt Y-diagnos vid olika vårdenheter.

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

Statistiken för öppenvård bör däremot tolkas med största försiktighet, dels pga bortfall av personer som besökt privat bedrivna vårdenheter – vars diagnoser inte registreras här – dels pga att en majoritet av fallen i öppenvård är ”osäkra” och ej har inkluderats i denna statistik.

Att Västra Götaland har högre andel personer som slutenvårdats för ”självordsförsök/självtilfogad skada” än riket, kan i grunden bero på två faktorer: Större benägenhet att göra självmordsförsök och/eller skillnader i praxis för registrering. Med det senare avses t ex skillnader i diagnosregistrering, omorganisationer, valet mellan slutenvård eller öppen vård, tillgång till vårdplatser. Troligen är båda faktorerna involverade, men det är här inte möjligt att avgöra i vilken utsträckning.

Västragötalänningar som erhållit vård i annat län än i Västra Götaland finns redovisade i Vega baserat på fakturor, men saknar diagnos. Detta innebär också ett bortfall. Dessa personer finns dock redovisade i materialet baserat på patientregistret, men inte för de enskilda nämnderna.

Antalet vårdgivare i vårddatabasen Vega var betydligt fler år 2004 än 2000. Detta beror på att allt fler börjat lämna uppgifter på individnivå. Detta betyder att utfallet vid studier av utvecklingen över tid inte bara är beroende av hur den psykiska ohälsan utvecklas utan också av hur inrapporteringen till Vega utvecklas. Ju senare år avläsningen avser, desto större fång. Situationen kompliceras av att vissa nämndområden påverkas i större utsträckning än andra. Ökningen över tid vad gäller "självordsförsök/självtilfogad skada" kan även bero på förändrad benägenhet att diagnosätta.

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. Se vidare bedömningsavsnitt 4.3.

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”
- självrappporterade sömnsvårigheter, huvudvärk, stress, ångslan/oro/ångest
- sjukvårdskontakt för psykisk ohälsa
- depressionsdiagnos vid sjukvårdskontakt
- självrappporterad konsumtion av psykofarmaka de senaste tre månaderna
- psykofarmaka inköpt vid apotek (ej individdata)
- långa sjukfall (> 60 dagar) med psykisk-ohälsa-diagnos
- självmordstankar och självrappporterade 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 självrappporterade 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 "självordsförsök/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

BILAGA 2 Definitioner av begrepp

Arbetslöshet	<p>Det officiella svenska måttet på arbetslösheten tas fram månadsvis av SCB via intervjuundersökningar, s.k. arbetskraftsundersökningar (AKU). Som arbetslös räknas då de som söker jobb och får arbetslöshetsersättning, de s.k. ”öppet arbetslösa”. Personer som deltar arbetsmarknadspolitiskt program, studerande, gymnasieelever, högskolestudenter och personer som uppbär sjuk-/aktivitetsersättning räknas däremot inte som arbetslösa. I april 2006 uppgick den officiella arbetslösheten i Sverige till 5,6%.</p> <p>Men det finns en rad andra sätt att räkna arbetslöshet, vilket lätt skapar en viss förvirring. Då internationella jämförelser görs av EU’s statistikorgan Eurostat räknas också heltidsstuderande som egentligen vill arbeta som arbetslösa. Med det måttet mätt hade Sverige vid årsskiftet 2005/2006 7,4 % arbetslösa. AMS redovisar varje månad det s.k. obalanstalet dvs antal ”öppet arbetslösa” och antal personer de som fått del av arbetsmarknadspolitisk åtgärd. I april 2006 uppgick obalanstalet till 8,3 %. Konjunkturinstitutet (KI) mäter något som kallas ”utvidgad arbetslöshet”, vilket gav 9,5%. Då ingår förutom ”öppet arbetslösa” även de som hävdar att de inte har jobb men som inte söker aktivt. Svenskt näringsliv mäter ”öppen och dold arbetslöshet”. Det omfattar ”öppet arbetslösa”, deltagare i arbetsmarknadspolitiska program samt egna beräkningar av hur många av de sjukskrivna och förtidspensionerade som kan betraktas som arbetslösa. Enligt denna beräkning uppgick vår arbetslöshet per april 2006 till 15,5% (SvD reportage 2006.04.09)</p>
Arbetslivsinriktad rehabilitering	<p>Arbetsgivaren har ”förstahandsansvar” för att uppmärksamma och utreda behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. När någon har varit sjukskriven mer än fyra veckor har arbetsgivaren alltid skyldighet att utreda behovet. Denna utredning ska lämnas till Försäkringskassan senast åtta veckor efter påbörjad sjukskrivning. För de sjukskrivna som är arbetslösa åligger det Försäkringskassan att göra motsv. utredning. Senast två veckor efter att rehab.utredningen inkommit ska kassan – om det inte är uppenbart onödigt – kalla alla berörda (den sjukskrivne, läkare, arbetsgivare mfl.) till ”avstämningmöte” i syfte att upprätta en rehab.plan. På Försäkringskassan ankommer även att samordna och utöva tillsyn över de rehab.insatser som behövs. Försäkringskassan har pengar för köp av arbetslivsinriktad rehabilitering – men dessa pengar (971 miljoner kr 2005) får inte användas för arbetslösa sjukskrivna. De får heller inte användas för inköp av insatser av ren medicinsk natur.</p>
Arbetsförmåga	<p>Försäkringskassan: En persons arbetsförmåga bedöms i tre steg, där det i tur och ordningen gäller att besvara följande frågor:</p> <ul style="list-style-type: none"> -3. Kan personen utföra sitt vanliga arbete? -2. Kan personen utföra annat arbete hos samma arbetsgivare utan att det kräver alltför långvarig rehabilitering? -1. Kan personen utföra annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete? <p>Till en början räcker det med att den första frågan besvarats med ett <i>nej</i> för att arbetsförmåga ska anses föreligga.</p>
Arbetskraften	<p>Till arbetskraften räknas det antal individer som återstår då man räknat bort: studerande, gymnasieelever, högskolestudenter, de som studerar inom ramen för arbetsmarknadsåtgärder och de som har sjuk- eller aktivitets ersättning. I Västra Götaland är det totalt c:a 200 000 i åldersintervallet 16-64 år som <u>ej</u> tillhör arbetskraften. Det betyder att arbetskraften år 2005 uppgick till totalt 782 000 (982 000 – 200 000).</p>
ATC-systemet	<p>ATC är en förkortning för <i>Anatomical Therapeutic Chemical Classification System</i> som är ett internationellt kodsysteem för indelning av läkemedel. Systemet fördelar läkemedlen på 14 huvudgrupper med 2 terapeutiska undergrupper, en kemisk/terapeutisk undergrupp och en undergrupp för kemisk substans.</p>
AUP	<p>Apotekets utförsäljningspris för olika typer av läkemedel. AUP (eller DDD) används som mätenhet vid redovisning av apotekets läkemedelsförsäljning. I AUP ingår såväl kund-</p>

beloppet som subventionsbeloppet

DDD	DDD är den förmodade genomsnittliga dygnsdosen då ett läkemedel används av vuxen person vid medlets huvudindikation. DDD (eller AUP) används som måtenhet då Apoteket AB's försäljning av olika typer läkemedel redovisas. I denna rapport redovisas apoteksförsäljningen i form av DDD per 1000 invånare och dag.
Dödsorsaksregistret	I dödsorsaksregistret finns alla svenska dödsfall registrerade. Det innehåller uppgifter om bl.a. dödsorsak(er), dödsår, ålder vid dödsfall. Registret handhas av Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen. I denna rapport används Dödsorsaksregistret som källa vid redovisning av "självmod".
GHQ12	Ett mätobjekt i folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor". Det grundar sig på 12 frågor i denna enkät, vilka huvudsakligen mäter förmåga att klara normala funktioner och uppkomst av nya kris-/utmattningstillstånd. Utfallet redovisas i form av poäng. Maximal förmåga ger 0 poäng och minimal förmåga 12 poäng. 3 poäng eller mer definieras i denna rapport som "nedsatt psykisk välbefinnande". Se bilaga 3 för specificering av frågorna.
Folkhälsorapporten	Folkhälsorapporten ges ut av Socialstyrelsen vart fjärde år, senast 2005. Detta i syfte att ge en bred översikt över hur svenska folkets hälsa utvecklas och hur den påverkas av levnadsvanor och omgivningsfaktorer.
Folkhälsoenkäten	Se "Hälsa på lika villkor"
HSN	Se hälso- och sjukvårdsnämnder
"Hälsa på lika villkor"	"Hälsa på lika villkor" är en nationell folkhälsoenkät som genomförts av SCB för åren 2004 och 2005. Detta inom ramen för ett fortlöpande samarbete mellan Statens folkhälsoinstitut och Sveriges landsting/regioner. Totalt innehåller enkäten ett 70-tal frågor varav x gäller psykisk ohälsa. Målgruppen är åldersgruppen 16-84 år.
Hälso- och sjukvårdsnämnder	Hälso- och sjukvårdsnämnder, 12 stycken i Västra Götalandsregionen 1 Norra Bohuslän 2 Dalsland 3 Trestad 4 Mellersta Bohuslän och Ale 5 Göteborg – centrum och väster 6 Mittenälvsborg 7 Södra Bohuslän 8 Sjuhärad 9 Västra Skaraborg 10 Östra Skaraborg 11 Göteborg – Hisingen 12 Göteborg – Nordöstra
ICD 10	Ett system för klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem som i första hand är avsett för sjukhusbruk. Och skall användas i sjukhusens patientstatistik fr.o.m. 1 jan. 1997. Systemet är internationellt och är i svensk version en översättning av <i>The International Statistical Classification of Diseases and Related Problems, Tenth Revision</i>
Långa sjukfall	Sjukfall som vid en viss tidpunkt varat ett visst antal dagar. Här > 60 dagar respektive > 1 år
Läkarintyg med förslag om sjukskrivning NASP	Ett intyg utfärdat av läkare om att en person är arbetsoförmögen på grund av sjukdom och ett förslag om sjukskrivning i en viss tid och omfattning. Nationellt Centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa
Nedsatt psykisk välbefinnande	Nedsatt psykisk 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 och som vanligen inte kvalificerar för ”psykiatrisk diagnos” (Kap 5, ICD 10) Förekomsten i befolkningen beräknas vanligen via enkäter, s.k självskattningsformulär, eller intervjuundersökningar. Andra beteckningar för dessa lättare psykiska problem är ”*illabefinnande*”, ”*onormalt psykiskt tillstånd*”. I denna rapport har vi uppskattat nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån GHQ12

Nämndområde	Se hälso- och sjukvårdsnämnder
PAL	Utläses Patientens läkemedelslista och är en beteckning på en av hälso- och sjukvården upprättad individuell läkemedelslista. På en sådan lista kan all förskrivning för en enskild patient avläsas oavsett var den ägt rum inom den offentligt bedrivna sjukvården. Upprättande av PAL fordrar medgivande av patienten och systemet omfattar än så länge ett mindre antal patienter.
Patientregistret	Patientregistret handhas av Socialstyrelsen och innehåller slutenvårdsstatistik för hela riket. Heltäckande redovisning av avslutade vårdtillfällen kan här erhållas från och med år 1987. Närmare bestämt: uppgifter om diagnoser, operationer, yttre orsaker till skador, kön, ålder, hemort, sjukhus specialitet samt in- och utskrivningssätt. Registret uppdateras varje år. Även öppenvårdsdata från s.k dagkirurgisk verksamhet och läkarbesök i öppen vård exklusive primärvård ingår i numer Patientregistret. En fördel med Patientregistret är att det till skillnad från VGR's vårddatabas Vega också innehåller vårdtillfällen som länets invånare genomgått inom andra landsting/regioner än VGR.
Psykisk ohälsa	”Psykisk ohälsa” avser allt från psykiska sjukdomar som t.ex. psykos och depression till lättare psykiska problem som t.ex. ångest, sömnproblem. (Folkhälsorapport 2005) (RSK 590 – 2005). I den senare publikationen definieras också psykiskt funktionshinder som ”psykisk ohälsa”. Följer gör att ”psykisk ohälsa” i denna rapport används som överordnat begrepp.
Psykiska störningar eller psykiska sjukdomar	”Psykiska störningar eller psykiska sjukdomar” avser psykotiska tillstånd (det som för kallades sinnessjukdom), 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.
Psykofarmaka	Med psykofarmaka avses här Lugnande medel atarkatika (N05B), Sömnmedel och lugnande medel (N05C), Antidepressiva medel (N06A) Psykostimulantia (N06B) och Demensmedel (N06D)
Pågående sjukfall	Försäkringskassan: Avser antal personer som vid en viss tidpunkt uppbär sjukersättning. Rehabiliteringspenning och/eller arbetsskadesjukpenning. Sjukfall med enbart sjuklön från arbetsgivare till anställda (korttidssjukfrånvaro) omfattas inte i ”antal pågående sjukfall”.
Registrerade försäkrade	Försäkringskassan: Svenska medborgare och utländska medborgare bosatta i Sverige är försäkrade enligt lagen om allmän försäkring (AFL). Alla försäkrade personer som har fyllt 16 år och är bosatta i Sverige är registrerade hos den allmänna försäkringen. En person som lämnar Sverige anses vara bosatt här om utlandsvistelsen vara högst 1 år. (Socialförsäkringsboken 2005)
Relevans	Graden av relevans (validitet) hos ett mätverktyg avgörs av hur väl det återspeglar vad användaren vill uppnå; påvisa; uttala sig om; har för syfte. Relevansen anses vara ”hög” om mätverktyget i hög grad återspeglar detta syfte. Om omvänt ”låg” om ändamålsenligheten är låg.
Riskabel alkoholkonsumtion	Ett mätobjekt i folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor”. Omfattar fyra frågor som mäter konsumtionens mängd, antal konsumtionstillfällen, mängd per konsumtionstillfälle respektive antal tillfällen då man dricker sig berusad. Svaren ger poäng som summeras. Brytpunkten för män är 8 poäng och för kvinnor 6 poäng.
Sjukintyg med förslag om sjukskrivning	Ett av läkare utfärdat intyg om att en patient är arbetsförmögen på grund av sjukdom och ett förslag om sjukskrivning av viss längd och omfattning: heltid, ¾ tid, ½-tid eller ¼ tid.

Krav på sådant intyg/förslag föreligger fr.o.m. den 8:e frånvarodagen. Förslaget skall motiveras. Om förslaget ej avser sjukskrivning deltid fordras enligt Försäkringskassans riktlinjer en mer utförlig motivering.

Sjukskrivning	Sjukskrivning betyder att person anser sig/bedöms vara arbetsoförmögen på grund av sjukdom och att han/hon uppbär ersättning från allmänna sjukförsäkringen via arbetsgivaren (dag 1-14) eller Försäkringskassan (dag 14 -). Fr.o.m vecka tre är det ytterst. Försäkringskassan som avgör om en person uppfyller kriterierna för sjukskrivning. Detta på grundval av sjukintyg med förslag om sjukskrivning (se ovan).
Sjukdom	Försäkringskassan: Sjukdom föreligger om någon bedömas vara sjuk enligt vanligt språkbruk eller enligt gällande läkarvetenskaplig uppfattning. Beteckningen sjuk refererar till varje onormalt kropps – eller själstillstånd som inte hör ihop med livsprocessen. Det betyder att problem som har att göra med naturligt åldrande, havandeskap eller barnfödande som sjukdom inte ska betraktas som sjukdom.
Sjukersättning/ aktivitetsersättning	Försäkringskassan: Sjukersättning/aktivitetsersättning (S/A) ersätter sedan 2003 förtidspension och sjukbidrag. S/A kan beviljas den som är i åldern 19 – 64 år och som av medicinska skäl har fått sin arbetsförmåga nedsatt med minst en fjärdedel under minst ett år. Det finns fyra nivåer på ersättningen: hel, trefjärdedels, halv respektive en fjärdedels. Sjukersättning beviljas personer i åldern 30 – 64 år. Ersättningen kan tidsbegränsas när arbetsförmågan är långvarigt - men inte varaktigt nedsatt. Aktivitetsersättning beviljas den som är i ålder 19 – 29 år. Den är alltid tidsbegränsad och kan kombineras med medverkan i olika aktiviteter som syftar till att tillvarata den enskildes möjligheter till utveckling och arbete.
Sjukpenningtal	Försäkringskassan: Sjukpenningtal är antal utbetalda dagar med sjukpenning och arbetsskadesjukpenning per registrerad försäkrad i åldrarna 16-64 år exklusive försäkrade med hel förtidspension eller helt sjukbidrag. Sjukpenningtalet redovisas för en tolv månadersperiod. Alla dagar är omräknade till "heldagar", t.ex. TVÅ dagar med halv ersättning blir EN dag. Dagar med sjuklön från arbetsgivare ingår <i>inte</i> i sjukpenningtalet. (Försäkringskassans hemsida)
Sjuktal	Försäkringskassan: Sjuktal är antal utbetalda dagar med sjukpenning per registrerad försäkrad i åldrarna 16-64 år exklusive försäkrade med hel förtidspension eller helt sjukbidrag. Sjuktalet redovisas för en tolv månadersperiod. Alla dagar räknas som EN dag oavsett omfattningen är hel, halv osv. Dagar med sjuklön från arbetsgivare ingår <i>inte</i> i sjuktalet Redovisas per kön, ålder, geografi.
Själv mord	Redovisningen av antal ”själv mord” omfattar såväl fall med avsiktlig självdestruktiv handling (säkra fall) som skadehändelser med oklar avsikt (osäkra fall). De säkra fallen baserar sig på diagnoskoderna : ICD10 X60-X84, ICD9 E950-E959 och de osäkra fallen på ICD10 Y10-Y34, ICD9 E980-E989. Den förra gruppen utgör cirka 80 procent och den senare 20 procent av samtliga aktuella fall.
Själv mordstankar	I folkhälsoenkäten frågas efter om personen någon gång haft själv mordstankar
”Själv mordsförsök/ själv tillfogad skada”	Avser här ”avsiktlig självdestruktiv handling” (säkra fall) och ”skadehändelser med oklar avsikt” (osäkra fall). De säkra fallen baserar sig på diagnoskoderna : ICD10 X60-X84, ICD9 E950-E959 och de osäkra fallen på ICD10 Y10-Y34, ICD9 E980-E989.
Suicid	Se Själv mord
Tillförlitlighet	Ett verktyg har hög tillförlitlighet (reliabilitet) om dess relevans är relativt konstant; om verktyget i låg grad är beroende av vem/vilka som använder det eller när i tiden det används. ”Låg” tillförlitlighet har ett mätverktyg om relevansen i hög grad är beroende av användaren, dennes skicklighet eller åsikter. Eller om relevansen förändras över tid på ett osystematisk och/eller okontrollerbart sätt beroende på förändringar av regler, praxis, rutiner som styr registreringarna.

ULF-undersökningar	Fortlöpande enkätundersökningar av svenska folkets levnadsförhållande - och hälsovanor. Genomförs av SCB.
VG	Västra Götaland
VGR	Västra Götalandsregionen
Vårdform	Som olika vårdformer betecknas här primärvård, öppenvård vid sjukhus och slutenvård.
Vårdgivarkategori	Kategorier av hälso – och sjukvårdspersonal som utför utredning, behandling, rådgivning eller omvårdnad, t.ex. allmänläkare, sjuksköterskor, undersökningar
X-plain	Apoteket AB´s databas för läkmedelsförsäljning. Kan redovisa volymer i konsumtions- och produktionsperspektiv. Innehåller enbart aggregerad data, vilket betyder att individbaserad uppgifter ej går att ta fram. Uppgifter om hur många individer som en uthämtat en visst läkemedel går t.ex. inte att få fram.
Vega	Se ”vårddatabasen Vega”
Vårddatabasen Vega	Vega är en vårddatabas ägs och administreras av hälso- och sjukvårdsavdelningen inom VGR. Till Vega levereras individbaserad vårddata från regionens olika vårddataregister enligt specifikation. Det betyder att den rymmer data som härrör från såväl egna som privat bedrivna sjukhus och vårdcentraler och från privatpraktiserande läkare. Från de privatpraktiker som ersätt enligt statlig taxa (majoriteten) föreligger dock inga medicinska uppgifter, dvs uppgifter om diagnoser/åtgärder. Bortfaller gör också vårdkontakter som länets invånare haft utanför Västra Götaland. Från primärvården saknas än så länge uppgifter om vårdkostnader.

GHQ12 General Health Questionnaire

- I folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor

- 12 frågor

- fyra svarsalternativ per fråga

15. Har du de senaste veckorna kunnat koncentrera dig på allt du gjort?
Svarsalternativ: Bättre än vanligt, som vanligt, sämre än vanligt, mycket sämre än vanligt
16. Har du de senaste veckorna känt att du kunnat uppskatta det du gjort om dagarna?
Svarsalternativ: Mer än vanligt, som vanligt, mindre än vanligt, mycket mindre än vanligt
17. Har du haft svårt att sova pga oro de senaste veckorna?
Svarsalternativ: Inte alls, inte mer än vanligt, mer än vanligt, mycket mer än vanligt
18. Har du de senaste veckorna kunnat ta itu med dina problem?
Svarsalternativ: Bättre än vanligt, som vanligt, sämre än vanligt, mycket sämre än vanligt
19. Upplever du att du har gjort nytta de senaste veckorna?
Svarsalternativ: Mer än vanligt, som vanligt, mindre än vanligt, mycket mindre än vanligt
20. Har du ständigt de senaste veckorna känt dig olycklig och nedstämd?
Svarsalternativ: Inte alls, inte mer än vanligt, mer än vanligt, mycket mer än vanligt
21. Har du de senaste veckorna kunnat fatta beslut i olika frågor?
Svarsalternativ: Bättre än vanligt, som vanligt, sämre än vanligt, mycket sämre än vanligt
22. Har du de senaste veckorna förlorat tron på dig själv?
Svarsalternativ: Inte alls, inte mer än vanligt, mer än vanligt, mycket mer än vanligt
23. Har du ständigt känt dig spänd de senaste veckorna?
Svarsalternativ: Inte alls, inte mer än vanligt, mer än vanligt, mycket mer än vanligt
24. Har du tyckt att du varit värdelös de senaste veckorna?
Svarsalternativ: Inte alls, inte mer än vanligt, mer än vanligt, mycket mer än vanligt
25. Har du de senaste veckorna känt att du inte kunnat klara dina problem?
Svarsalternativ: Inte alls, inte mer än vanligt, mer än vanligt, mycket mer än vanligt
26. Har du på det hela taget känt dig någorlunda lycklig de senaste veckorna?
Svarsalternativ: Mer än vanligt, som vanligt, mindre än vanligt, mycket mindre än vanligt

BILAGA 4 Diagnoser som indikerar psykisk ohälsa

DIAGNOSER SOM INDIKERAR PSYKISK OHÄLSA*

Om diagnosen nedan anges på 3-ställig nivå innebär det att den innefattar alla diagnoser i gruppen på 4-ställig nivå.

• DIAGNOSER SOM INDIKERAR PSYKISK OHÄLSA INOM ALLA ÅLDERSGRUPPER

F-kapitlet: *Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F00-F99)*

F00-F09	Organiska, inklusive symptomatiska, psykiska störningar
F10-F19	Psykiska störningar och beteende störningar orsakade av psykoaktiva substanser
F20-F29	Schizofreni, schizotypa störningar samt vanföreställningssyndrom
F30-F39	Förstämningssyndrom
F40-F48	Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom
F50-F59	Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer
F60-F69	Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna
F70-F79	Psykisk utvecklingsstörning
F80-F89	Störningar i Psykisk utveckling
F90-F98	Beteendestörningar och emotionella störningar m. debut vanl. under barndom och ungdomstid
F99	Ospecificerad psykisk störning

G-kapitlet:

G470	Insomni
G471	Hypersomni
G472	Dygnsrytmstörningar
G478	Andra specificerade sömnstörningar
G479	Sömnstörning, ospecificerad

R-kapitlet:

R440	Hörselhallucinationer
R441	Synhallucinationer
R442	Andra hallucinationer
R443	Hallucinationer, ospecificerade
R448	Andra och icke specifika symtom och sjukdomstecken avseende förnimmelse och varselblivning
R450	Nervositet
R451	Rastlöshet och upphetsning
R452	Olycklighetskänsla
R453	Apati och förlust av självtillit
R454	Irritabilitet och vrede
R455	Fientlig attityd
R456	Fysisk våldstendens
R457	Tillstånd med känslomässig chock och stress, ospecificerat
R458	Andra symtom och sjukdomstecken avseende känsloläget

X-kapitlet:

X60 – X84	Avsiktligt självdestruktiv handling
-----------	-------------------------------------

Z-kapitlet:

Z004	Allmän psykiatrisk undersökning som ej klassificeras annorstädes
Z032	Observation för misstänkta psykiska sjukdomar och beteendestörningar
Z502	Rehabilitering av alkoholmissbrukare

Z503	Rehabilitering av läkemedelsmissbrukare
Z504	Psykoterapi som ej klassificeras annorstädes
Z700	Rådgivning om inställning till sexualiteten
Z701	Rådgivning som har samband med patients sexuella beteende och orientering
Z714	Rådgivning och kontroll vid alkoholmissbruk
Z715	Rådgivning och kontroll vid drogmissbruk
Z730	Utbrändhet
Z765	Person som simulerar sjukdom

• **DIAGNOSER SOM INDIKERAR PSYKISK OHÄLSA I ÅLDERSGRUPPEN 0-17 ÅR**

T-kapitlet:

T74 Misshandelssyndrom

X-kapitlet:

X85 – X99 Övergrepp

Y-kapitlet:

Y05	Sexuellt övergrepp
Y06	Försummelse och vanvård
Y07	Andra misshandelssyndrom
Y08	Övergrepp med andra specificerade metoder
Y09	Övergrepp med icke specificerade metoder

Z-kapitlet:

Z60	Problem som har samband med social miljö
Z61	Problem som har samband med negativa händelser i barndomen
Z62	Andra problem som har samband med uppfostran
Z63	Andra problem som har samband med den primära stödgruppen, inkluderande familjeförhållanden
Z64	Problem som har samband med vissa psykosociala förhållanden

Individer som registrerats för vårdkontakt vid vårdenheter inom psykiatriska

verksamhetsområden utan att erhålla diagnos har inkluderats

Dessa verksamhetsområden har följande identifikationskoder:

901 allmän psykiatri, 906 psykiatriskt behandlingshem SÄS, 923 psykiatriskt behandlingshem Svenljunga, 928 geropsykiatri, 931 barn- och ungdomspsykiatri, 944 rättspsykiatri, 945 alkoholistsjukvård, 953 toxikomanvård, 954 narkomanvård, 957 psykiatrisk rehabilitering

**Enligt sakkunniga vid Västra Götalandsregionen: Stephan Ehlers, Bo Ivarsson, Bengt Kron, Daniel Pollack*

BILAGA 5 Bortfallsanalys privat bedrivna vårdgivare

Epidemiologigruppen, PN/JM

2006-12-08

Registerstudie avseende psykisk sjukdom/psykisk ohälsa i Västra Götalandsregionen år 2004³² - bortfallsanalys avseende privata vårdgivare som inte levererar diagnosinformation

Uppgifter per hälso- och sjukvårdsnämnd (HSN) om privata vårdgivare (läkare) som inte levererar diagnosinformation till regionen under 2004, se tabell nedan, har analyserats. Källa: vårddatabasen VEGA.

Tabell 1. Antal individer som år 2004 har haft vårdkontakt med privata vårdgivare (läkare) som inte levererar diagnosinformation till regionen

	Antal individer	Varav antal individer inom specialitet psykiatri
HSN 1	4 730	106
HSN 2	4 095	22
HSN 3	11 634	233
HSN 4	14 643	163
HSN 5	91 964	1 829
HSN 6	8 482	111
HSN 7	27 254	311
HSN 8	17 684	49
HSN 9	12 680	365
HSN10	5 215	287
HSN 11	36 588	517
HSN 12	47 485	675
Summa	282 454	4668

³² Metodbeskrivning i korthet: Studien baseras på sjukvårdsregisterdata och omfattar individer folkbokförda i Västra Götalandsregionen (VGR) som vid vårdkontakt med hälso- och sjukvården i VGR år 2004 har erhållit sådan huvud- och/eller bidiagnos enligt ICD-10 som av medicinskt sakkunniga har ansetts indikera psykisk sjukdom eller psykisk ohälsa, alternativt har registrerats för vårdkontakt vid vårdenheter inom psykiatriska verksamhetsområden vid sjukhus utan att erhålla diagnos. Diagnosurvalet inkluderar samtliga diagnoser inom F-kapitlet (Psykiska sjukdomar och syndrom, samt beteendestörningar), samt ett antal diagnoser inom G-, R-, X- och Z-kapitlet. För barn och ungdomar i åldrarna 0-17 år inkluderas härutöver ett antal diagnoser inom T-, X-, Y- och Z-kapitlet. Studien omfattar all offentligt finansierad hälso- och sjukvård inom VGR, såväl psykiatrisk som somatisk sådan, oavsett vilken kategori av hälso- och sjukvårdspersonal som medverkat i vårdkontakten. Såväl öppenvårdsbesök som vårdtillfällen inom slutna vård inkluderades. Baserat på registrerade uppgifter om individernas vårdkontakter inom de tre vårdformerna ”öppen vård utanför sjukhus” (PV), ”öppen vård vid sjukhus” (ÖV) respektive slutna vård vid sjukhus (SV) redovisas resultat i form av antal individer per kön och åldersklass (femårsklasser) per sju vårdkategorier (PV, ÖV, SV, ÖV/SV, PV/ÖV, PV/SV, PV/ÖV/SV) totalt för VGR, samt per 12 hälso- och sjukvårdsnämnder.

För de 24 privata specialister inom psykiatri som var aktiva år 2004 redovisas sammantaget 4.668 individer med vårdkontakt. Man skulle kunna anta att samtliga dessa individer har någon form av psykisk sjukdom/psykisk ohälsa, analogt med det antagande som har gjorts i studien vad avser individer som har varit i kontakt med psykiatriska verksamhetsområden vid sjukhus utan att få diagnos.

En del av de 4.668 individerna finns redan med bland de individer vi "hittat" i registren. Förutsatt att de förekommer inom enbart "PV" enligt samma mönster ($47.748/58.394 = \text{ca } 81.77\%$) som individer med psykisk sjukdom/psykisk ohälsa inom vårdformen PV, så skulle "tillskottet" av individer bli 3.817.

Antalet individer som har haft vårdkontakt med övriga privatläkare (övriga specialiteter inklusive allmänmedicin), reducerat för de 4.668 individer som haft vårdkontakt med specialist inom psykiatri enligt ovan, uppgår till 277.786. Risk finns för såväl under- som överskattning av hur många ytterligare fall med psykisk sjukdom/psykisk ohälsa som ryms bland dessa individer. Eftersom det är fråga om ett betydande bortfall med skev fördelning geografiskt inom regionen så är det väsentligt att göra en skattning, trots det inslag av "gissning" som en sådan innebär.

En del av de 277.686 individerna finns redan med bland dem som vi har "hittat" i registren. Andelen fall med psykisk sjukdom/psykisk ohälsa bland de "tillkommande" individerna kan antas motsvara vad vi i övrigt hittat i vårdformen "PV". Tillskottet till vårdkategorin "ren PV" kan skattas till 14.807 individer baserat på följande två antaganden:

1. att de 277.786 individerna förekommer inom vårdkategorin "PV" enligt samma mönster som individer inom vårdformen "PV" totalt ($277.786 \times (506.164/895.766) = 156.966$) i VGR
2. att psykisk sjukdom/psykisk ohälsa bland dessa 156.966 individer i vårdkategorin "PV" förekommer enligt samma mönster ($47.748/506.164 = \text{ca. } 9.43\%$) som bland individer med psykisk sjukdom/psykisk ohälsa inom vårdkategorin "PV" totalt i VGR.

Enligt ovan skulle bortfallet avseende privata vårdgivare som inte levererar diagnos totalt uppgå till 18.624 individer, varav en mycket stor andel, 14.288 individer (76,7%), avser invånare i Stor-Göteborgsområdet (HSN 4, 5, 7, 11 och 12).

Tabell 2. Skattat antal tillkommande individer med psykisk sjukdom/psykisk ohälsa bland individer som under år 2004 har haft vårdkontakt med privata vårdgivare (läkare) som inte levererar diagnosinformation till regionen

	Antal individer	Procentuell andel av befolkningen
HSN 5	6.300	2.93
HSN 12	3.047	2.18
HSN 11	2.345	1.87
HSN 7	1.690	0.79
HSN 4	905	0.75
HSN 9	955	0.58
HSN 6	537	0.53
HSN 8	980	0.53
HSN 2	235	0.52
HSN 3	798	0.52
HSN 1	333	0.45
HSN 10	497	0.39
VGR	18.624	1.22

Att bortfallet är större i Stor-Göteborgsområdet, i synnerhet för de tre Göteborgsnämnderna (HSN 5, 11 och 12), än i den övriga regionen, beror på att utbudet av offentligt finansierad privat vård är avsevärt större i Göteborgsområdet än i den övriga regionen.

Förekomst (kontaktgrad) avseende psykisk sjukdom/psykisk ohälsa år 2004 per HSN redovisas nedan före respektive efter korrigering enligt skattning ovan för bortfallet avseende privata vårdgivare som inte levererar diagnosinformation:

Tabell 3. Förekomst (kontaktgrad) avseende psykisk sjukdom/psykisk ohälsa före respektive efter korrigering för bortfall avseende privata vårdgivare som inte levererar diagnosinformation - procentuell andel av befolkningen

	Förekomst (kontaktgrad) <u>före</u> korrigering för bortfall - procentuell andel av befolkningen	Förekomst (kontaktgrad) <u>efter</u> korrigering för bortfall - procentuell andel av befolkningen (approximativa resultat)
HSN 1	7.32	7.77
HSN 2	7.62	8.15
HSN 3	8.65	9.17
HSN 4	7.69	8.48
HSN 5	6.32	9.25
HSN 6	7.12	7.70
HSN 7	7.59	8.97
HSN 8	6.88	7.41
HSN 9	6.66	7.41
HSN 10	6.28	6.67
HSN 11	7.46	9.34
HSN 12	8.09	10.27
VGR	7.25	8.47

Högst förekomst (kontaktgrad) avseende psykisk sjukdom/psykisk ohälsa, korrigerad för skattad bedömning av bortfallet enligt ovan, redovisas för de tre Göteborgsnämnderna HSN 12, HSN 11 och HSN 5, följt av HSN 3, 7 och 4.

Lägst förekomst (kontaktgrad) avseende psykisk sjukdom/psykisk ohälsa, korrigerad för skattad bedömning av bortfallet enligt ovan, redovisas för HSN 10 följt av HSN 8 och HSN 9.

För hela regionen skulle förekomsten (kontaktgraden) avseende psykisk sjukdom/psykisk ohälsa med korrigering för skattad bedömning av bortfallet enligt ovan, öka med 1,22 procentenheter (18.624 individer) från 7,25% (110.155 individer) till 8,47% (128.779 individer) av befolkningen.

