



Psykisk ohälsa i Stockholms län

Christina Dalman, Yvonne Forsell
och Cecilia Magnusson

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen
Box 6909, 102 39 Stockholm
Besök: Hantverkargatan 11 B
Tfn 08-123 132 00


Stockholms läns
landsting


Karolinska
Institutet

Förord

Stockholms läns landsting gör vart fjärde år en omfattande uppföljning av hälsoläget i länet. En folkhälsoenkät genomförs i befolkningen och ett omfattande arbete läggs ner på att värdera de studier och rapporter med information om hälsoläge, livsstil och levnadsvanor som tagits fram under den gångna perioden. Sammantaget utgör dessa källor basen för den folkhälsorapportering som får sitt främsta uttryck i den s.k. Folkhälsorapporten.

Folkhälsorapporten 2011 baseras till stora delar på 12 delrapporter. Delrapporterna utgår från de seminarier som genomfördes våren/hösten 2011 i samarbete mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Karolinska Institutet samt i ett fall Äldrecentrum. Varje seminarium behandlade en viss folkhälsofråga. Delrapporterna är författade dokument där författarna själva står för fakta och framförda tolkningar och förslag till åtgärder.

Christina Dalman, Yvonne Forsell och Cecilia Magnusson,
Institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet

ISBN: 978-91-980034-0-6

Omslagsillustration: Erica Jacobson

Design: Alenäs Grafisk Form

Sammanfattning

Ökar den psykiska ohälsan?

I det följande kapitlet har olika indikatorer på förekomst av psykisk ohälsa sammanställts, både från enkät- och registerdata. Samtliga indikatorer är behäftade med svagheter. En sammanvägning tyder dock på en ökning av förekomsten av psykisk ohälsa under 1990-talet varefter en stabilisering har skett i samtliga åldersgrupper under 2000-talet. Ett undantag är den ökande psykiatriska vårdkonsumtionen bland tonåringar och unga vuxna som ökat trots att mätningar av den självupplevda psykiska ohälsan (enligt enkätundersökningar) stabiliserats, även i denna åldersgrupp.

- ◆ Självupplevd psykisk ohälsa har ökat under 1990-talet och stabiliserats under 2000-talet på en relativt sett högre nivå för samtliga åldersgrupper.
- ◆ Andelen personer i psykiatrisk vård visar ett liknande mönster med en stabilisering på en högre nivå under 2000-talet. Undantaget är vård av unga (13–24 år) som fortsätter att öka. År 2010 hade 7,5 % av länets tonåringar kontakt med BUP. Självordsförsök har också ökat drastiskt i denna grupp.
- ◆ Psykofarmakaförbrukningen ökar, speciellt medicinering för ADHD.

Hur kan psykisk ohälsa förebyggas?

En stor del av det preventiva arbetet sker på andra arenor än inom landstinget men likväl kan vården bidra på många sätt. En välfungerande primärvård (allmänläkarvård) och psykiatri som tidigt och effektivt behandlar de som är i behov av vård och ser till att rehabiliteringen är optimal hjälper inte bara de drabbade och deras familjer utan kan också medverka till att sprida kunskap om psykisk sjukdom till andra aktörer.

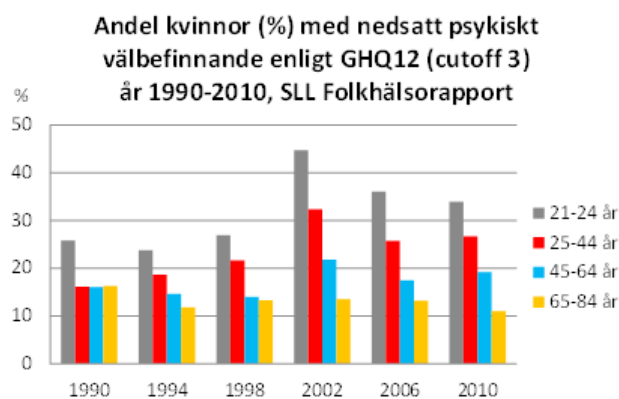
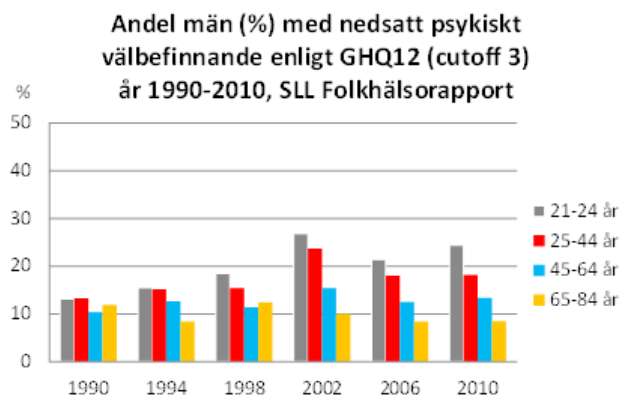
Det har visat sig att mycket av det arbete som idag utförs i preventivt syfte saknar evidens. Flera studier ger dock stöd för att t.ex. skolmiljö, sociala nätverk, sysselsättning och en trygg närmiljö kan ha betydelse. För att komma vidare i det preventiva arbetet krävs således vetenskapliga utvärderingar av redan etablerade program och implementering/utvärdering av nya metoder. En diskussion om vilken evidensgrad som skall uppnås inom området bör också föras. Målet är kunskapsstyrning som kan leda till genomtänkta beställningar av prevention och tidig intervention.

Indikatorer på förekomst av psykisk ohälsa

Den psykiska ohälsan har stått i fokus under en rad år eftersom mycket har pekat på att den försämrats. Nedan har olika indikatorer på förekomst av psykisk ohälsa sammanställts (både enkätdata och registerdata) för att försöka svara på olika frågor: Ökar den psykiska ohälsan? Föreligger skillnader mellan könen och olika åders grupper? Finns det sociala skillnader?

Alla typer av data är behäftade med svagheter och styrkor. Exempelvis speglar enkäter den självupplevda hälsan och är därmed känsliga för trender i hur man rapporterar. Dessutom är bortfallen (andelen som inte svarar) oftast stora i enkätundersökningar. Registerdata å andra sidan (t.ex. sjukvårdsregister), har ofta hög täckningsgrad men inkluderar bara de personer som sökt sjukvården (cirka 60 % av personer med depression söker inte vård) och är dessutom känsliga för organisatoriska förändringar inom vården. Eftersom det inte finns en perfekt metod att beskriva förekomst av psykisk ohälsa är det viktigt att inhämta information från flera källor. I det följande har vi sammanställt denna information.

Andel individer (per kön och ålder) med självupplevd psykisk ohälsa



Källa: Stockholms läns landsting, Avdelningen för Folkhälsoepidemiologi, Karolinska Institutet, Folkhälsoenkäter 1990-2010 (baserat på totala urvalet)

I folkhälsoenkäterna ingår ett instrument med 12 frågor som avser att fånga förekomst av psykisk ohälsa: General Health Questionnaire12 (GHQ12). Instrumentet har använts i folkhälsoenkäterna vid sex tillfällen från år 1990 till år 2010. En individ kan få högst 12 poäng och lägst 0 poäng. Har man 3 poäng eller

mer bedöms man lida av psykisk ohälsa.

GHQ 12 används också i de nationella folkhälsoenkäterna. Av dessa framgår att människor i Stockholms län anger psykisk ohälsa i högre grad än genomsnittet i Sverige. Även ULF data visar dessa regionala skillnader (se nedan).

Förändring över tid, skillnader ålder, kön

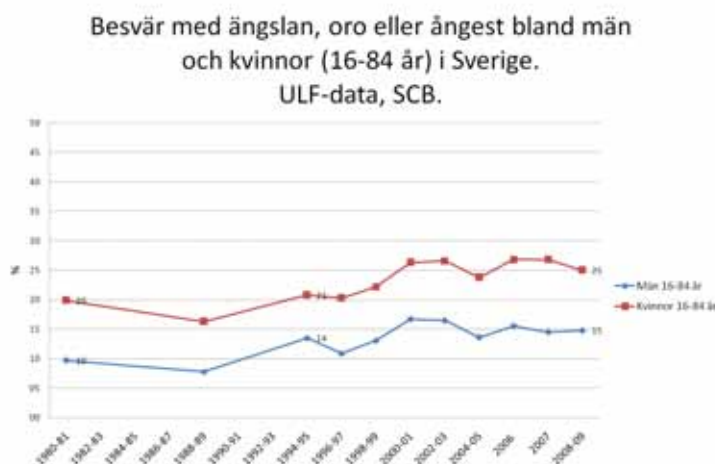
Vad gäller förändring över tid ser man ett likande mönster bland både män och kvinnor: en ökad förekomst av psykisk ohälsa fram till mätningen år 2002 varefter en viss minskning skett. Vid den allra senaste mätningen i länet år 2010 ligger nivåerna på ungefär samma nivå som för fyra år sedan (vilket man också ser i nationella data), utom bland unga män där en antydning till ökning ses. Noteras bör att den statistiska osäkerheten är störst i gruppen 21–24 år eftersom antalet individer är litet.

Självupplevd psykisk ohälsa minskar med ökande ålder. Detta mönster framträder vid samtliga mätningar under 2000-talet och för båda könen. Ett genomgående mönster är också att andelen kvinnor som rapporterar ohälsa är högre än bland män. Således är den grupp som har högst självupplevd psykisk ohälsa de unga kvinnorna.

Bland kvinnor som är homosexuella, bisexuella eller är osäkra på sin sexuella läggning ser man en högre andel med psykisk ohälsa jämför med bland heterosexuella kvinnor. Bland män finns inga skillnader mellan homosexuella och heterosexuella. Däremot har bisexuella män och män som är osäkra på sin sexuella läggning en ökad förekomst av psykisk ohälsa.

Enkätundersökningar har brister. En sådan är att begrepp som att känna sig spänd, nedstämd, lycklig, och värdelös (samtliga ingår i GHQ12) kan ha olika innebörd vid skilda mättillfällen och att det kan vara mer eller mindre acceptabelt att ange problem. Det är svårt att vetenskapligt undersöka sociala värderingar över tid. Vad man däremot kunnat undersöka är om det finns skillnader mellan åldersgrupper vid ett och samma mättillfälle vad gäller att besvara frågor om psykisk ohälsa. Man har då inte funnit några skillnader vilket stödjer tolkningen att de unga är de med högst förekomst av psykisk ohälsa i Stockholms län.

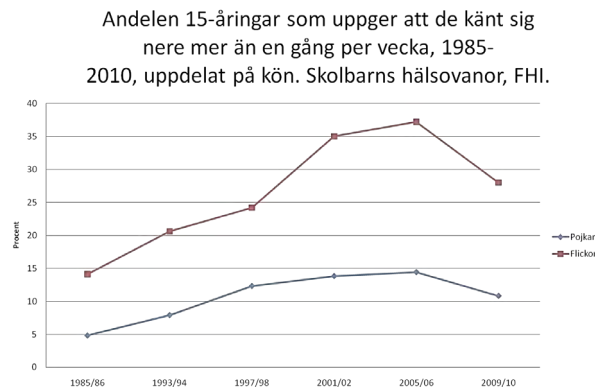
Andel individer (16–18 år) som anger ängslan, oro och ångest



Källa: Statistiska Centralbyrån, ULF-data.

Statistiska centralbyrån utför regelbundna intervjuundersökningar (Undersökning om Levnads Förhållanden, ULF) där bland annat en fråga om man har besvär med lätt eller svår ångslan, oro eller ångest ingår. Nedan presenteras data från 1980–81 t.o.m. 2008–09 i Sverige. Observeras bör att det endast utförts tre mätningar under de första femton åren. Sammantaget ses en ökning av självupplevd ångslan, oro och ångest hos både män och kvinnor under observationsperioden, framför allt under senare delen av 1990-talet. Därefter har en stabilisering skett under 2000-talet på en relativt sett högre nivå. Förändringen över tid är likartad i Stockholms län jämfört med riket men en högre andel av både män och kvinnor (ca 3–5 %) anger problem vid varje mättillfälle.

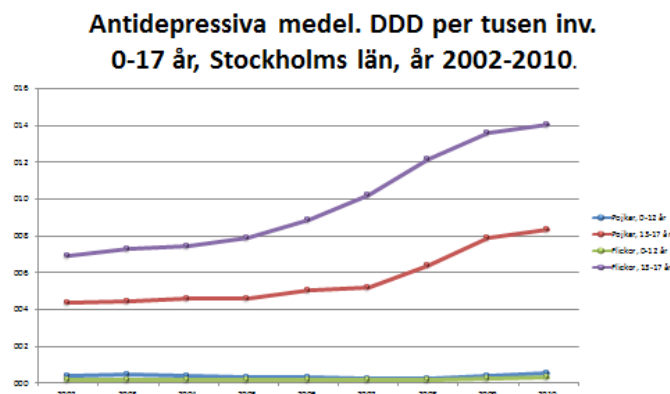
Andel 15-åringar som uppger att de känt sig nere minst en gång per vecka



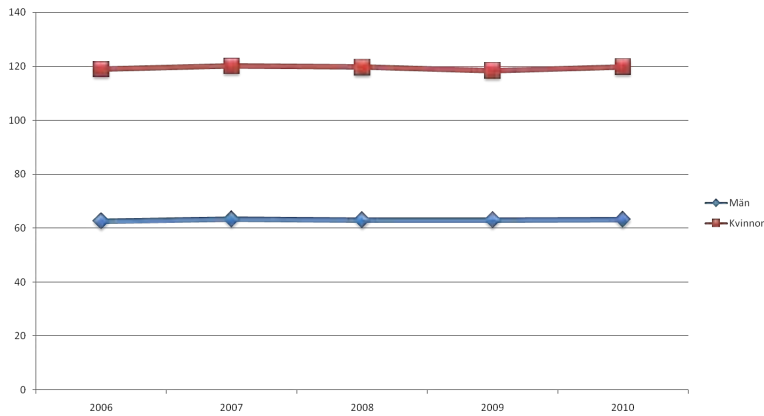
Källa: Folkhälsoinstitutet, Skolbarns hälsovanor.

I Sverige genomförs sedan år 1985/86 en riksomfattande enkätundersökning vart fjärde år bland landets femte-, sjunde- och niondeklassare kallad Skolbarns hälsovanor. En fråga om man känt sig nere mer än en gång per vecka ingår. Ovan visas resultaten från årskurs nio. Man ser en ökning under 1990-talet av andelen ungdomar som anger problem, framförallt bland flickorna. Under 2000-talet ses en stabilisering och vid senaste mättillfället har en minskning skett.

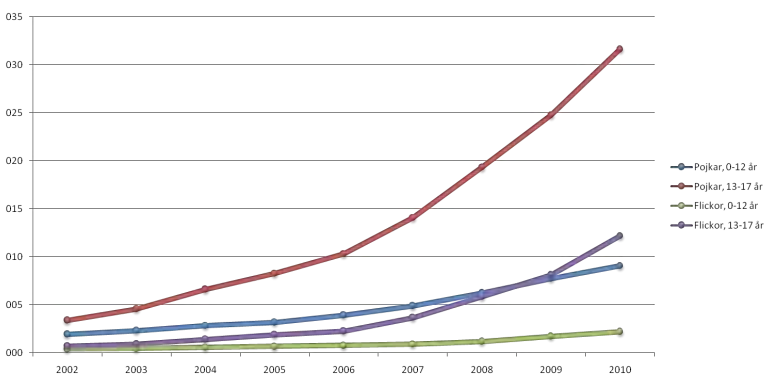
Andel individer som behandlas med psykofarmaka – uttagna recept.



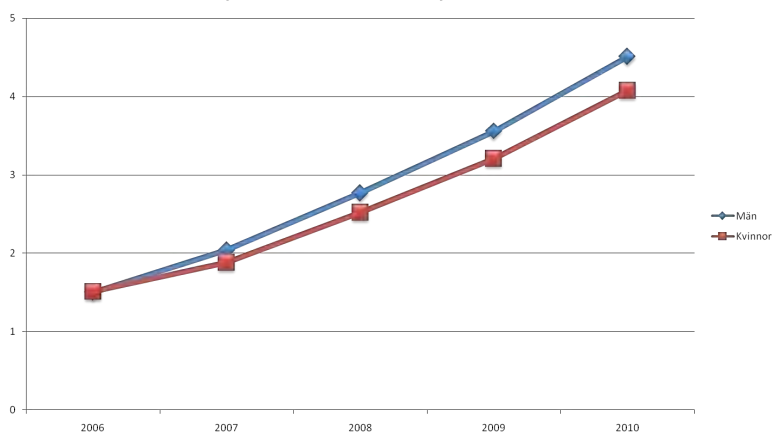
**Antidepressiva medel per 1000 invånare.
>20 år, Stockholms län, år 2006-2010.**



**ADHD-medicin. DDD per tusen invånare
0-17 år, Stockholms län, år 2002-2010.**



**ADHD-medicin per 1000 invånare.
>20 år, Stockholms län, år 2006-2010.**

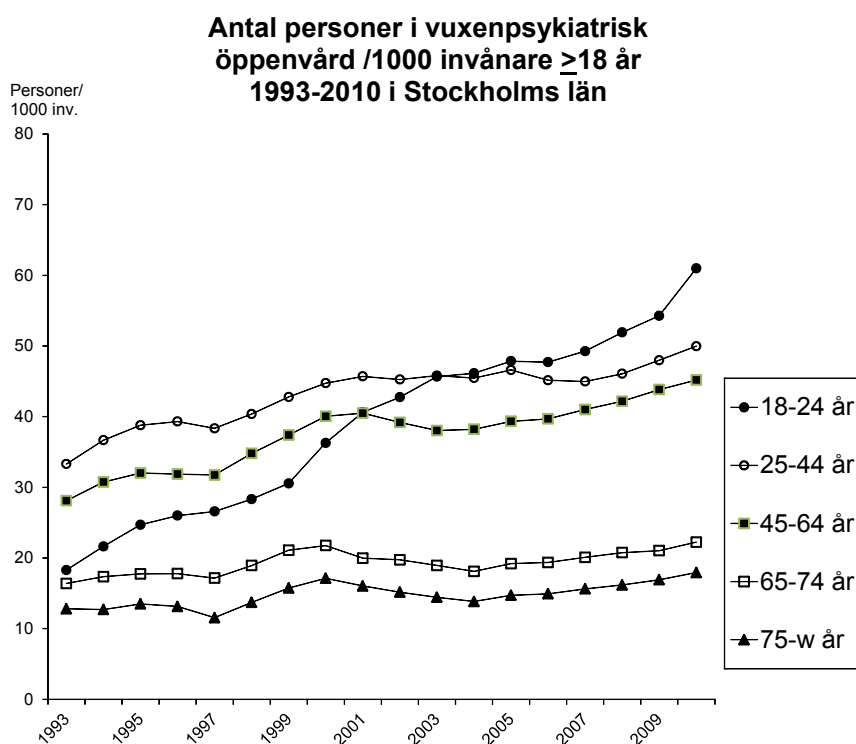


Källa: Psykiatrisk Epidemiologi-PEP, VAL-databaserna.

Uttagna recept presenteras för barn och vuxna från år 2002 respektive år 2006. Bland barn ser man en ökning för både antidepressiva medel och ADHD-mediciner (cirka 3 % av pojkar i åldern 13–17 år får medicinering för ADHD år 2010). Bland vuxna är andelen uttagna recept konstant vad gäller antidepressiva medel år 2006 och framåt (cirka 10 % av befolkningen får sådan medicinering) medan förskrivning av ADHD-mediciner ökat bland vuxna. Noteras bör att skalorna är olika och att förskrivningen till vuxna år 2010 motsvarar den från tidigt 2000-tal för barn.

Andel individer som vårdas inom den psykiatriska vården

Psykiatrisk öppenvård i Stockholm

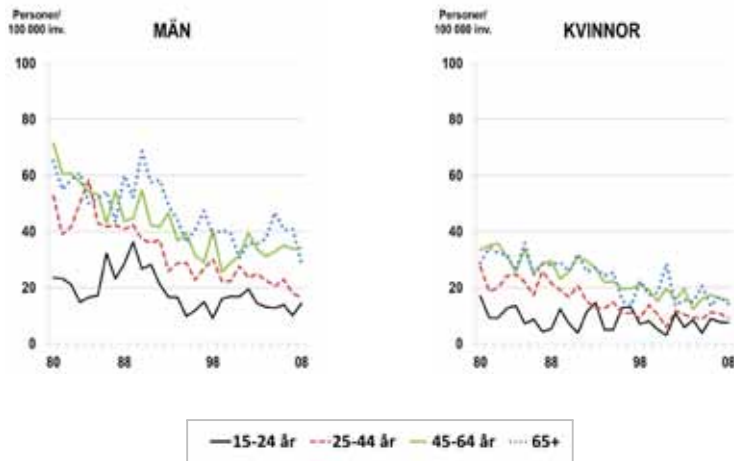


Källa: Psykiatrisk Epidemiologi-PEP, VAL-databaserna.

Bilden visar utveckling inom den specialiserade öppenvård psykiatrin sedan år 1993. Andelen individer som har vårdkontakt har ökat under 1990-talet varefter en stabilisering har skett utom bland de unga vuxna som fortsatt att öka. Sedan år 2004 har denna åldersgrupp varit den proportionellt sett största gruppen inom vuxen psykiatrin (såväl öppen- som slutenvård). Inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) ses en liknande ökning bland länets tonåringar (ej på bilden). År 2010 ha 7,5 % av 13–17-åringar kontakt med BUP.

Andel individer (per kön och åldersgrupp) som avlidit p.g.a. självskaador

**Själv mord (säkra och osäkra) i Stockholms län 1980-2008.
Antal självmord per 100 000 invånare.**



Källa: Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa – NASP, Dödsorsaksregistret och Patientregistret.

En indikator som avspeglar den allvarligaste psykiska ohälsan är självmord. På bilderna ovan presenteras data från 1980 t.o.m. år 2008. Den sammantagna bilden är att självmorden minskar över tid. Här har vi förmodligen både preventiva metoder, antidepressiva mediciner och sociala och ekonomiska levnadsvillkor att tacka för denna utveckling. Viktigt att notera är att minskningen varit relativt mindre bland de unga. Detta avspeglar sig också i antalet självmordsförsök som drastiskt ökat bland de unga.

Finns det ett samband mellan sociala faktorer och förekomst av psykisk ohälsa i Stockholms läns landsting?

För att undersöka denna fråga har vi beräknat hur korrelationen (Pearsons korrelationskoefficient, $p < 0,05$) mellan länets kommuner och stadsdelars sociala status (indikerat av andel av befolkningen i området som får ekonomiskt bistånd samt andel som ej har förvärvsarbete) och olika indikatorer på psykisk ohälsa i ökande allvarlighetsgrad (förekomst av psykisk ohälsa mätt med GHQ-12, kontakt med psykiatrisk öppenvård, psykiatrisk slutenvård samt förekomst av psykossjukdom i området). Resultaten visar att sambandet mellan ett områdes låga sociala status och förekomst av psykisk ohälsa är allt starkare ju allvarligare den psykiatriska sjukdomsbilden är. Korrelationen med psykisk ohälsa mätt med GHQ-12 är således svagare än för psykiatrisk slutenvård och förekomst av psykossjukdom (en av de allvarligaste psykiatriska sjukdomarna) som i mycket hög grad är korrelerat till områdets sociala status. Eftersom detta är tvärsnittsdata (en mätpunkt) är det svårt att uttala sig om det är den sociala miljön som orsakar ohälsan eller om det är så att personer med psykisk ohälsa flyttar till utsatta områden. Forskning visar dock tydligt att båda dessa samband föreligger. Detta är en viktig fråga utifrån ställningstaganden till preventiva åt-

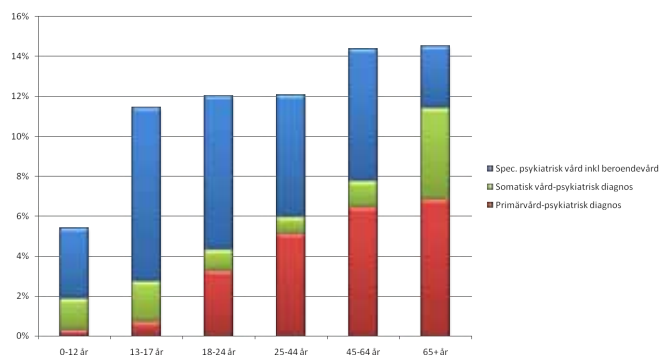
gärder: d.v.s. kan åtgärder för att påverka den sociala miljön främja den psykiska ohälsan? Det finns således vetenskapligt stöd för denna strategi. Vad gäller vård vid redan etablerad ohälsa bör man ta hänsyn till den ökade förekomsten i socialt utsatta områden då man dimensionerar vården.

Källa: Psykiatrisk Epidemiologi-PEP, Avdelningen för Folkhälsoepidemiologi, Institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet.

Var finns människor med psykisk ohälsa inom landstingsvården?

VAR SÖKER DE?

Andel av befolkningen som har haft kontakt med specialistpsykiatri och/eller har fått en psykiatrisk diagnos i primärvård/somatisk vård. Stockholms län år 2010.



Källa: Psykiatrisk Epidemiologi-PEP, VAL-databaserna.

Vi vet att det sammantaget är ca 10–12 % av befolkningen per år som varit i kontakt med psykiatri eller fått en psykisk diagnos (t.ex. stress/kris reaktion, ångest, sömnsvårigheter, depression) inom sjukvården (primärvården, psykiatrisk och somatisk vård). Bilden ovan visar var människor i olika ådrar söker hjälp vid psykisk ohälsa år 2010 (observera att en person kan ha kontakt på flera ställen). Bilden visar att merparten av de yngre har kontakt med den specialiserade psykiatri (blå markering) och att mindre andel har fått en psykiatrisk diagnos inom primärvården (röd markering). Bland individer i åldern 45–64 år är det ungefär lika många personer som har kontakt med psykiatri som diagnos inom primärvården p.g.a. psykiska besvär. Den somatiska vården förutom primärvården (grön markering), t.ex. barnmedicin och åldersvård, är inte oväntat en större aktör bland de äldsta.

Detta visar att primärvården idag inte fungerar som "första linjens psykiatri" d.v.s. att ta emot de personer som lider av psykisk ohälsa för att gallra ut dem som skall tas om hand inom primär vården alternativt slussas vidare till specialist klinik.

BLAND DESSA DEFINIERAD PSYKISK OHÄLSA:



Källa: Psykiatrisk Epidemiologi-PEP, VAL-databaserna.

Det har också diskuterats att primärvården skulle kunna vara en bra arena för preventiva insatser eftersom en stor del av befolkningen, 60–90 % (se ovan), har kontakt med primärvården under ett år (inkl. BVC och MVC). De röda staplarna visar andelen av dessa personer som fått en psykiatrisk diagnos; cirka 5 %. Detta kontrasterar till de väntrumundersökningar som visat att var tredje patient i väntrummet lider av psykisk ohälsa. Detta kan antingen förklaras av att primärvården inte uppmärksammar den psykiska ohälsan alternativt att man inte ställer psykiatriska diagnoser (trots att man erbjuder psykiatrisk behandling).

Avslutande kommentar

De flesta preventiva åtgärder som kan komma ifråga skapas på andra arenor än inom landstinget (se nedan), främst inom den kommunala verksamheten. Kommunen behöver här stöd av vetenskapssamhället inom folkhälsa vad gäller både implementering av nya metoder och utvärderingar av dessa. Men också inom landstinget finns flera möjliga arenor för prevention, t.ex. inom primärvården dit de flesta kommer under ett år (se bilderna ovan). Denna verksamhet bör naturligtvis också vara strikt kunskapsstyrd så att genomtänkta beställningar av prevention/tidig intervention kan komma till stånd. Kunskapsstyrning av preventiva insatser (både inom kommun och landsting) kräver troligen att det finns en övergripande struktur (liknande den planerade Karolinska Folkhälsoakademien – KFA) som ansvarar för formulering-implementering-utvärdering.

Potentiella åtgärder för att främja den psykiska hälsan i befolkningen

Exempel på faktorer som är associerade med psykisk ohälsa och potentiellt påverkbara

- Otrygg anknytning
- Dåliga skolresultat

- Arbetslöshet
- Dålig ekonomi
- Bostadsbrist

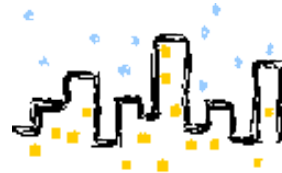
- Brist på socialt nätverk

- Dåliga levnadsvanor (t.ex. fysisk inaktivitet)
- Alkohol och narkotika



Exempel på faktorer som är associerade med psykisk ohälsa och som är i lägre grad påverkbara

- Genetiska faktorer
- Kön
- Ålder
- Livshändelser
- Storstäder
- Migration
- Komplikationer under grav/förlossning



Även om en stor del av det preventiva arbetet sker på andra arenor än inom landstinget kan vården bidra på många sätt. En välfungerande primärvård (allmänläkarvård) och psykiatri som tidigt och effektivt behandlar de som är i behov av vård och ser till att rehabiliteringen är optimal hjälper inte bara de drabbade och deras familjer utan den kan även sprida kunskap om psykisk sjukdom till andra aktörer. Nya metoder måste användas för att nå personer med psykisk ohälsa men också för att sprida kunskap. Här har bl.a. internet-behandling utvecklats under senare år. En välfungerande vård minskar även det sociala stigma [alt. utanförskap] som ofta åtföljer psykisk sjukdom. Minskad stigmatisering gör även att personer som är i behov av vård har lättare att söka. Det frigörs även resurser om de som är i behov av kvalificerad vård får det på ett

tidigt stadium. När man diskuterar prevention av psykisk ohälsa bör man därför tänka i flera steg, dvs. primär, sekundär och tertiär prevention.

Mycket preventivt arbete saknar evidens och det följande bygger, förutom på vetenskapliga studier, även på generella slutsatser utifrån riskfaktorforskning. Det finns ett stort behov av vetenskapliga utvärderingar inom området och därför är det viktigt att fundera över hur detta kan ske, redan på planeringsstadiet av preventionsarbetet. Vi behöver också diskutera vilken evidensgrad som skall uppnås inom olika områden. Uppenbart är det annorlunda att studera effekter av ett läkemedel jämfört med förebyggande insatser t.ex. effekten av grönområden. Samtliga dessa frågor kräver grundlig genomlysning och landstingets folkhälsovetenskapliga resurser har en viktig uppgift att fylla i form av kunskapsstyrning av preventiva insatser.

Nedan presenteras olika möjligheter till prevention främst med fokus på unga eftersom det är viktigt med tidiga preventiva insatser. Men förslagen innefattar även andra åldersgrupper.

Primär prevention – Att främja den psykiska hälsan

Socialt nätverk

Det finns evidens för att ett gott socialt nätverk skyddar mot insjuknande i psykisk sjukdom och förbättrar prognosen om man insjuknar. Det sociala nätverket fungerar som en buffert vid kritiska livssituationer, det ökar också chansen att man kommer till vård när man behöver och att man fullföljer behandlingen. En viktig kunskap för planeringen av omsorg är att det formella nätverket har visat sig kunna ersätta det informella hos personer drabbade av psykisk sjukdom (Forsell & Henderson) *Epidemiology of paranoid symptoms in an elderly population*, Br J Psychiatry 1998;172:429-432.

Åtgärder för att stärka det sociala nätverket kan vara:

- ◆ Antimobbningsarbete i skolor
- ◆ Stöd till verksamheter för utsatta grupper – ex. HBT-ungdomar, invandrarungdomar
- ◆ En god närmiljö med mötesplatser, fritids- och kulturaktiviteter som anpassas efter de behov som olika åldersgrupper har
- ◆ En välfungerande kommunal omsorg

En god uppväxtmiljö

Problem under uppväxttiden är en stark riskfaktor för psykisk ohälsa. Så har man t.ex. visat att om föräldrarna är arbetslösa, har ekonomiska problem, är drabbade av psykisk sjukdom eller är missbrukare så påverkar det barnens psykiska hälsa långt upp i vuxen ålder. En ökande andel barn går också ut skolan utan godkända betyg i kärnämnen och att skolan når sina lärandemål är sannolikt en hälsofrämjande faktor. Det har också visats att en god utemiljö i skolan har betydelse för förekomsten av beteendeproblem. Barn och ungdomar med särskilda behov är en utsatt grupp och det är viktigt att de identifieras tidigt och får det stöd de behöver. Skolan måste förstå barnens begränsningar för att kunna hjälpa dem. Utbildning av all personal är väsentlig och måste kompletteras med regelbunden fortbildning.

Insatser kan vara:

- ◆ Föräldrastöd som anpassas till de lokala behoven och förutsättningarna
- ◆ Extra stöd till utsatta föräldrar, ex. arbetslösa, ensamstående
- ◆ En trygg och säker boende- och närmiljö
- ◆ En god skolmiljö (inklusive förskolan)
- ◆ Insatser för att tidigt upptäcka och ge stöd åt barn i riskzonen
- ◆ Utbildning av all personal som arbetar med barn och ungdomar i de vanligaste utvecklingsavvikelserna

Att få diskutera värdegrunder

Att diskutera sin livssituation utifrån värdegrundsfrågorna med jämnåriga och vuxna är betydelsefullt och sannolikt en viktig del av det förebyggande arbetet hos unga.

Exempel på åtgärder:

- ◆ Elever bör ges en reell möjlighet att utöva inflytande över hur värdegrundsfrågor diskuteras
- ◆ Skapa tydliga handlingsplaner/strukturer för hur värdegrundsfrågorna genomsyrar utbildningen under hela studietiden
- ◆ Alla organisationer som arbetar med ungdomar och unga vuxna bör utifrån sina perspektiv och uppdrag arbeta med frågor om värdegrund och livskunskap, exempel på organisationer: intresse och idrottsföreningar, mödravårdscentraler, barnavårdscentraler, föräldrastödskurser

Goda levnadsvanor

Många studier har visat att fysisk aktivitet lindrar mild till måttlig depression hos vuxna. Evidensen för att det förebygger allvarlig psykisk ohälsa är fortfarande svag men de generella positiva effekterna av fysisk aktivitet gör att satsningar inom detta område är viktiga. Forskning har visat att strukturella insatser som avser att förbättra bostadsområdets utformning har bättre förutsättningar att öka den fysiska aktivitetsnivån i befolkningen än informationsbaserade och individinriktade insatser. Goda matvanor främjar fysisk hälsa och därigenom sannolikt även psykisk hälsa. Detta gäller givetvis alla åldersgrupper, inte minst de äldre där man sett att nedsatt förmåga att klara sina dagliga aktiviteter är en mycket stark riskfaktor för depression.

Åtgärder för att öka fysisk aktivitet och främja goda matvanor:

- ◆ Samhällsplaneringen bör utformas så att den stödjer fysisk aktivitet och hälsosamma val, t.ex. aktivitetsparker för äldre
- ◆ Ökad satsning på skolämnet "idrott och hälsa" i form av hälsoundervisning, utbildningsmaterial, utbildning av lärare och extra aktivitetspass under lektionstid
- ◆ Krav på skolmatens och kommunala matleveransers näringsriktighet
- ◆ Organiserad, lättillgänglig fysisk aktivitet för äldre
- ◆ En kommunal omsorg som innefattar möjligheter till fysisk aktivitet
- ◆ Uppmuntran till fysisk aktivitet på arbetsplatsen, ex friskvårdstimme, bidrag till träning m.m.

Arbete/sysselsättning

Arbetslöshet är en stark riskfaktor för utvecklandet av psykisk ohälsa och arbetslösheten i Sverige har ökat.

Ex på åtgärder:

- ◆ Utveckla metoder för att tidigt identifiera vilka ungdomar som har ett behov av särskilt stöd för att kunna etablera sig på arbetsmarknaden

En god somatisk vård

Somatisk sjukdom i sig är en stark riskfaktor för psykisk ohälsa, liksom en del av de läkemedel som används vid behandlingen. Det är därför viktigt med en god somatisk vård med en lyhördhet för eventuella åtföljande psykiska symtom.

Sekundärprevention – att ge en tidig, effektiv behandling

I sekundärprevention ingår att tidigt uppmärksamma personer som behöver stöd eftersom vi vet att tidigt insatta kvalificerade åtgärder kan förhindra sekundära följder av sjukdom. Lärare är ett exempel på viktiga aktörer när det gäller att tidigt upptäcka problem som kan leda till psykisk ohälsa. När problemen upptäcks är det nödvändigt med en fungerande skolhälsovård med hög tillgänglighet. Andra viktiga aktörer är företagshälsovården och hemtjänsten.

För att dimensionera vården så att den tillgodoser de behov som finns är den epidemiologiska bevakningen väsentlig. Primärvården bör vara utformad så att den möter behoven och kunna omfördela resurser. En välfungerande lättillgänglig psykiatri som samarbetar med kommunal verksamhet, primärvård och andra vårdenheter är väsentligt för att optimera det primära omhändertagandet och höja den psykiatriska kompetensen.

Ex på åtgärder:

- ◆ Hög kvalitet på skolhälsovård och studenthälsovård. Riktlinjer för dimensionering saknas vilket gör att resurserna ser mycket olika ut.
- ◆ Utbildning om psykisk ohälsa till alla som arbetar med barn och ungdomar. Detta måste ske fortlöpande.
- ◆ Samordnad information och rådgivning om psykisk ohälsa på Internet med Landstinget som avsändare.
- ◆ Möjligheter för Ungdomsmottagningen att sätta in stöd och behandling tidigt när problemen uppmärksammas.
- ◆ En välfungerande kommunikation mellan primärvård och psykiatri.
- ◆ Möjligheter för primärvården att dimensionera sitt utbud av behandlingsmetoder beroende på behovet i området.
- ◆ En välfungerande hemtjänst med utbildad personal.

Tertiärprevention – att optimera rehabiliteringen

För att underlätta för de som drabbats av psykisk sjukdom att återgå till en fungerande vardag är en optimal rehabilitering absolut nödvändig. Den kräver ofta ett aktivt samarbete mellan allmänläkarvården, psykiatri, kommunen, anhöriga och andra aktuella vårdenheter. En välfungerande psykiatri med ett stort kontaktnät kan också bidra till att öka kunskapen om psykisk sjukdom och detta kan innebära att attityderna påverkas.

Kvartärprevention

Om kunskapen saknas kan det finnas en risk att vissa personer övermedikaliseras. Ett sätt att minska detta är en nära kommunikation mellan psykiatrin och andra vårdinstanser. Överförskrivning av psykofarmaka har uppmärksammats i den äldre populationen, se kapitlet om äldre.

Definition av preventionsnivå

		Vetenskap eller medicinsk uppfattning, Sjukdom		
		Frånvarande	Närvarande	
Gott välbefinnande	I	Primärprevention Handling för att eliminera eller minska orsaken till ett hälsoproblem	II	Sekundärprevention Handling för att tidigt upptäcka ett hälsoproblem
	IV	Kvartä prevention Handling för att upptäcka personer som löper risk att övermedikaliseras	III	Tertiärprevention Handling för att reducera effekterna av ett hälsoproblem

Avslutande kommentar

En Cochrane-sammanställning av preventiva program mot depression hos unga drog slutsatsen att effekterna av riktade och generella program (primärprevention) var i stort sett desamma, d.v.s. att effekterna i hög- och lågriskgrupperna inte skiljde sig åt. Svårigheterna att identifiera de som löper risk att drabbas av psykisk ohälsa gör att de trots allt rekommenderar generellt riktade program. Ingen av de utvärderade programmen fyllde dock kraven för att kunna sägas ge evidens för någon metod. Även svenska utredningar har visat nedslående resultat vad gäller evidens för preventiva program. I en SBU-granskning av 33 standardiserade och strukturerade insatser (program) som syftar till att förebygga psykisk ohälsa hos barn visade det sig att endast sju hade ett begränsat vetenskapligt stöd i den internationella litteraturen. (SBU 2010, Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn). SBU, FHI och Socialstyrelsen har gemensamt slagit fast att det krävs mer kunskap om program (metoder) för att förebygga psykisk ohälsa bland barn. I väntan på detta kan program som redan är etablerade lokalt användas, om effekten av dem samtidigt följs upp. Detsamma gäller givetvis program som riktar till andra åldersgrupper. Det ”sunda förnuftet” får råda i avvaktan på bättre kunskap – under parollen att det oftast är bättre att göra något än inget alls.

Referenser

- ◆ Forsell & Henderson Epidemiology of paranoid symptoms in an elderly population, *Br J Psychiatry* 1998;172:429-432.
- ◆ SBU 2010, Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn
- ◆ Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people Lillebeth Larun^{1,*}, Lena V. Nordheim², Eilin Ekeland³, Kåre Birger Hagen⁴, Frode Heian⁵ Editorial Group: Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group Published Online: 21 JAN 2009
- ◆ Merry SN, McDowell HH, Hetrick SE, BirJJ, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents (review) *The Cochrane Library*, 2009, Issue 1. <http://www.thecochranelibrary.com>
- ◆ Werner, E. E. & Smith, R. S. *Journeys from childhood to midlife: risk, resilience and recovery*. NY, Cornell University Press, 2001.
- ◆ Rappe, F. Arbetslivets förutsättningar som determinanter till unga vuxnas psykiska hälsa. Centrum för Folkhälsa. Arbets- och Miljömedicin. Stockholms läns landsting, 2007:7.
- ◆ Statens bostadskreditnämnd: En egen härd – Unga vuxnas etablering på bostadsmarknaden: beskrivning och förslag till åtgärder. 2005. publicerad på http://www.bkn.se/upload/rapporter/En_egen_hard_28april05.pdf april 2005.
- ◆ Silver E, Mulvey E, Swanson J: Neighbourhood structural characteristics and mental disorders: Faris and Dunham revisited. *Soc Sci Med*. 2002: 55:1487-1470.
- ◆ Wiles NJ, Jones GT, Haase AM, Lawlor DA, Macfarlane GJ, Lewis G. Physical activity and emotional problems among adolescents: a longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2008 43; 765-72.



Stockholms läns landsting
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen
Box 6909, 102 39 Stockholm
Telefon: 08-123 132 00 vx

Beställning av rapporten:
informationsmaterial.lsf@sll.se
Tfn 08-123 132 99



**Stockholms läns
landsting**



**Karolinska
Institutet**