

Östgötens psykiska hälsa

EN KARTLÄGGNING AV SJÄLVSKATTAD PSYKISK HÄLSA I ÖSTERGÖTLAND
HÖSTEN 2002



*Marika Wenemark
Madeleine Borgstedt-Risberg
Tommy Holmberg
Per Nettelblatt
Helle Noorlind Brage
Ingemar Åkerlind*

ISSN 1401-5048

Östgötens psykiska hälsa

En kartläggning av självskattad
psykisk hälsa i Östergötland
hösten 2002

Författare

Marika Wenemark

Madeleine Borgstedt-Risberg

Tommy Holmberg

Per Nettelbladt

Helle Noorlind Brage

Ingemar Åkerlind

Rapporten kan beställas från

Folkhälsovetenskapligt Centrum

581 85 Linköping

e-post: FHVC@LIO.SE

eller laddas ner från internet; www.lio.se/fhvc

Östgötens psykiska hälsa

En kartläggning av självskattad psykisk hälsa i Östergötland hösten 2002

Marika Wenemark¹, Madeleine Borgstedt-Risberg¹, Tommy Holmberg²,
Per Nettelbladt², Helle Noorlind Brage¹, Ingemar Åkerlind²

¹Folkhälsovetenskapligt Centrum

²FoU-enheten för Primärvård och Psykiatri

ISSN 1401-5048

Östgötens psykiska hälsa

En kartläggning av självskattad
psykisk hälsa i Östergötland
hösten 2002

Författare

Marika Wenemark

Madeleine Borgstedt-Risberg

Tommy Holmberg

Per Nettelbladt

Helle Noorlind Brage

Ingemar Åkerlind

Rapporten kan beställas från

Folkhälsovetenskapligt Centrum

581 85 Linköping

e-post: FHVC@LIO.SE

eller laddas ner från internet; www.lio.se/fhvc

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING.....	5
ENGLISH SUMMARY	9
1 FÖRORD.....	11
2 INLEDNING	13
2.1 BAKGRUND	13
2.2 SYFTE	14
3 METOD.....	15
3.1 FRÅGEFORMULÄRET	15
3.2 MÅTT PÅ PSYKISK HÄLSA OCH OHÄLSA.....	15
3.3 UNDERSÖKNINGENS GENOMFÖRANDE.....	17
3.4 SVARFREKVENNS	18
3.5 BORTFALL	20
3.6 TOLKNING AV RESULTATEN.....	24
3.7 DEFINITIONER AV VARIABLER	25
4 DEMOGRAFISK BESKRIVNING	27
5 GENERELL PSYKISK HÄLSA OCH FUNKTIONSPÅVERKAN	31
5.1 INLEDNING	31
5.2 JÄMFÖRELSE MED RESULTAT FRÅN BEFOLKNINGSENKÄT 1999.....	31
5.3 PSYKISKT VÄLBEFINNANDE I OLIKA GRUPPER.....	35
5.4 PSYKISKT VÄLBEFINNANDE OCH FUNKTIONSPÅVERKAN	38
5.5 SAMMANFATTNING.....	39
6 SÖMNPROBLEM OCH STRESS	41
6.1 INLEDNING	41
6.2 SÖMNPROBLEM.....	42
6.3 STRESS.....	43
6.4 SÖMNPROBLEM, STRESS OCH PSYKISKT VÄLBEFINNANDE	44
6.5 SAMMANFATTNING.....	45
7 SPECIFIKA PSYKISKA BESVÄR	47
7.1 INLEDNING	47
7.2 FOBI.....	48
7.3 DEPRESSION	49
7.4 PANIKÅNGEST	51
7.5 KONTROLLERINGSBEHOV OCH TVÅNGSSYNDROM.....	52
7.6 SPELPROBLEM	54
7.7 ÅTSTÖRNINGAR	56
7.8 ENSTAKA ELLER FLERA OLIKA PSYKISKA BESVÄR.....	58

7.9 SAMMANFATTNING.....	62
8 BRUK OCH MISSBRUK AV BEROENDEFRAMKALLANDE MEDEL	63
8.1 INLEDNING	63
8.2 LUGNANDE MEDICINER	64
8.3 ALKOHOL.....	66
8.4 NARKOTIKA.....	72
8.5 SAMMANFATTNING.....	73
9 SJUKVÅRD OCH EGENVÅRD AV PSYKISKA BESVÄR.....	75
9.1 INLEDNING	75
9.2 VÅRDBEHOV.....	76
9.3 HINDER FÖR ATT SÖKA HJÄLP	83
9.4 DEN FÖRSTA VÅRDKONTAKTEN	84
9.5 BEHANDLING AV PSYKISKA BESVÄR I VÅRDEN	86
9.6 EGENVÅRD AV PSYKISKA BESVÄR.....	90
9.7 FÖRTROENDET FÖR SJUKVÅRDEN.....	91
9.8 SAMMANFATTNING.....	93
REFERENSER.....	95

BILAGOR

- BILAGA 1 FRÅGEFORMULÄR
- BILAGA 2 MINIFORMULÄR
- BILAGA 3 BORTFALLSKORT

Sammanfattning

Studien är en tvärsnittsstudie baserad på ett frågeformulär till ett kommunstratifierat, slumpmässigt urval om totalt 12 900 personer i åldern 18–90 år bosatta i Östergötland. Frågeformuläret är helt anonymt och mäter självskattad psykisk hälsa. Det innehåller två index, Psykiskt välbefinnande och Vitalitet, från SF-36, flervalsfrågor om olika psykiska besvär, alkoholkonsumtion, vårdbehov och behandling samt öppna frågor om psykiska besvär, hur besvären påverkar vardagen, orsaken till besvären, egenvård och faktorer som främjar den psykiska hälsan. Svarsfrekvensen är 66 procent. Syftet med rapporten är att ge en i huvudsak deskriptiv bild av svaren på de flesta frågorna i frågeformuläret.

Försämrad psykisk hälsa mellan 1999 och 2002

Jämfört med befolkningsenkäten Östgötens hälsa och miljö 1999 har den psykiska hälsan försämrats. De två indexen Psykiskt välbefinnande och Vitalitet finns i sin helhet med i båda frågeformulären. De största medelvärdeskillnaderna finns bland kvinnor i åldern 20–44 år och bland män i åldern 20–29 år. Eventuella metodskillnader borde påverka kvinnor och män i olika åldrar ungefär lika mycket och resultaten talar därför i hög grad för att det har skett en reell försämring av den psykiska hälsan i de yngre åldersgrupperna medan den är oförändrad för de äldre.

Dålig psykisk hälsa bland unga

I flera områden i rapporten är det unga personer som har den sämsta psykiska hälsan. Det gäller framför allt unga kvinnor i åldern 18–29 år. En större andel unga rapporterar dåligt psykiskt välbefinnande trots att detta index ansetts vara generellt åldersoberoende. Unga personer rapporterar dessutom i större utsträckning att de har en funktionspåverkan av psykiska besvär på arbetet/fritiden eller i sina sociala kontakter. De rapporterar oftare än andra åldersgrupper besvär med fobier, depressioner, panikångest, tvångstankar, åttstörningar, beroende av lugnande mediciner och de har ett större självupplevt vårdbehov.

Äldre personer tar mer medicin och har mer sömnbesvär än övriga

Personer över 65 år har det bästa självskattade psykiska välbefinnandet. Jämfört med övriga åldersgrupper rapporterar de äldre mer sömnbesvär och ett betydligt större upplevt beroende av lugnande mediciner. Mer än var tionde person över 65 år anger att de har svårt att klara sitt liv utan lugnande mediciner. Det finns även en förhållandevis stor andel kvinnor över 65 år som säger sig ha svårt att klara sitt liv utan alkohol trots att deras alkoholkonsumtion är relativt låg. Kanske speglar detta i första hand inte ett fysiologiskt alkoholberoende utan mer ett behov av alkohol för att hantera sina psykiska besvär. Äldre personer söker i stor utsträckning vård när de känner ett behov och vänder sig oftast till vårdcentralen. De äldre får i större utsträckning än andra åldersgrupper medicin som behandlingsform.

Många lever med ständig stress

En femtedel av de unga kvinnorna och en tiondel av de unga männen uppger att de känt sig stressade hela tiden eller nästan hela tiden under de senaste fyra veckorna. Stressproblem är vanligast i åldrarna 18–44 år och betydligt vanligare bland kvinnor än bland män. Personer som är stressade har betydligt sämre psykiskt välbefinnande än de som sällan är stressade.

Riskabla alkoholvanor är vanligast bland unga och medelålders

Männen har fortfarande den högsta alkoholkonsumtionen men det finns tecken på ökad risk bland kvinnorna. Riskfyllt intensivdrickande är särskilt vanligt bland de yngsta av båda könen och avtar sedan med åldern. Andelen med riskabel veckokonsumtion är också hög bland de yngsta, men lägre under yngre medelåldern då många är småbarnsföräldrar för att sedan åter ligga på en hög nivå i medelåldern. Elva procent av männen och sex procent av kvinnorna har en riskfylld veckokonsumtion. Sju procent av männen och tre procent av kvinnorna upplever att de har svårt att klara sitt liv utan alkohol. Även här dominerar de yngsta och de medelålders.

Ett stort dolt vårdbehov bland unga och invandrare

Ungefär 16 procent av befolkningen har haft ett självupplevt vårdbehov för psykiska besvär under de senaste tolv månaderna. Av dessa är det 56 procent som sökt hjälp och 44 procent som inte har sökt hjälp och utgör därmed en grupp med dolt vårdbehov. Personer med dolt vårdbehov skattar sin psykiska hälsa lika dåligt som de som sökt vård och verkar inte ha ett mindre vårdbehov än de som söker. De grupper som har det största dolda vårdbehovet är unga män, unga kvinnor och invandrare.

Fortfarande genant att söka vård för psykiska besvär

Den vanligaste anledningen till att inte söka vård bland dem som upplevt ett vårdbehov är att de inte vill framstå som psykiskt sjuka. Andra vanliga orsaker är att de inte vet vart de ska vända sig, de har inget förtroende för vården eller att besvären gick över. Av den öppna frågan framgår att kvinnor oftare än män beskriver tidigare misslyckade kontaktförsök med sjukvården som orsak till att de inte söker vård.

Vårdcentralen den vanligaste sökvägen för psykiska besvär

Den första kontakten med vården sker oftast på en vårdcentral. Män söker oftare än kvinnor vård via psykiatrin och företagshälsovården. Endast en liten andel söker hjälp via kyrkan, kommunen eller alternativmedicinsk behandling. Det framgår av svaren på frågan att många inte vet om den verksamhet de uppsökt är kommunal, privat eller tillhör psykiatrin. Invandrare och äldre personer söker i mycket stor utsträckning vård på vårdcentral.

Många vill ha samtalsbehandling

Knappt hälften av dem som fått behandling för psykiska besvär fick medicin, knappt en fjärdedel fick samtalsbehandling och ungefär en fjärdedel fick både medicin och samtalsbehandling. De allra flesta tog medicinen enligt ordination även om de yngsta oftare använde medicinen på annat sätt eller

inte alls. De som fått medicin önskar istället samtalsbehandling som ytterligare eller annan behandling medan de som fick samtalsbehandling oftast önskar ytterligare samtal.

Många sätt att själv hantera egna psykiska besvär

Det vanligaste sättet att själv hantera egna psykiska besvär är att vända sig till sitt sociala nätverk. Framför allt dominerar detta hanteringsätt bland kvinnor. Andra vanliga sätt är att sova eller vila, promenera och motionera. Många försöker tänka positivt eller göra något roligt. Det finns också mer passiva hanteringsätt som att vänta på att besvären ska gå över eller att dricka alkohol.

Många nöjda med sin egen kontakt med vården men förtroendet bland allmänheten är mer tveksamt

Av dem som sökt vård för psykiska besvär är flertalet (63 %) mycket eller ganska nöjda med den första kontakten. En mindre del (16%) är ganska eller mycket missnöjda. I befolkningen totalt är det en tredjedel som uppger att de inte vet vilket förtroende de har för att sjukvården ska kunna hjälpa dem om de behöver hjälp för psykiska besvär. Totalt 39 procent har ett mycket stort eller ganska stort förtroende medan 30 procent har ett mycket litet eller litet förtroende. De som har en egen erfarenhet av vård av psykiskt sjuka som ligger längre tillbaka än ett år har det minsta förtroendet medan de som har egen erfarenhet det senaste året har det största förtroendet.

Invandrare har ett stort vårdbehov men söker vård i mindre omfattning än övriga

Invandrare rapporterar sämre psykisk välbefinnande än den övriga befolkningen. Det är också en större andel invandrare som rapporterar sömnproblem, stress, specifika psykiska besvär och beroende av lugnande mediciner. Det finns ett stort självupplevt vårdbehov bland invandrare men mer än hälften av dessa utgör ett dolt vårdbehov. De invandrare som inte söker vård uppger oftare än övriga anledningen att de inte vill framstå som psykiskt sjuka. De invandrare som söker vård för psykiska besvär vänder sig i betydligt större utsträckning än övriga till vårdcentralen och utnyttjar inte andra vårdgivare i samma utsträckning som övriga.

Sjukskrivna/förtidspensionerade och arbetslösa speciella riskgrupper för psykisk ohälsa

Sysselsättningen är klart relaterad till den psykiska hälsan. Det psykiska välbefinnandet är sämst hos sjukskrivna/förtidspensionerade och arbetslösa. Även personer med tidsbegränsad anställning och studerande rapporterar sämre psykiskt välbefinnande än den arbetande befolkningen med fast tjänst och egenföretagare. Sjukskrivna/förtidspensionärer och arbetslösa rapporterar mer av de flesta psykiska besvär som frågeformuläret behandlar och har även ett större vårdbehov. Oavsett om det är psykiska besvär som leder till sjukskrivning respektive arbetslöshet eller tvärtom påverkar den psykiska hälsan säkert möjligheterna att bryta situationen och komma tillbaka till ett vanligt liv med arbete och egen försörjning.

Behov av fördjupade studier

Det är viktigt att hålla i minnet att den psykiska ohälsa som studeras är självrapporterad och att personer med svåra psykiska sjukdomar som psykos, demens eller svåra missbruksproblem troligen är underrepresenterade i studien. För att få en fullständig bild av den psykiska hälsan är det därför nödvändigt att komplettera resultaten med till exempel olika registerdata från sjukvården.

Det finns också stora möjligheter att göra fördjupade studier inom flera områden som frågeformuläret behandlar. Bland annat kan det stora materialet från de öppna frågorna ge en betydligt djupare och mer nyanserad bild än vad som framgår av denna rapport.

The mental health of the inhabitants of Östergötland in 2002

Marika Wenemark BSc, Madeleine Borgstedt Risberg MSc,
Tommy Holmberg MPH, Per Nettelblatt MD PhD,
Helle Noorlind Brage BSc, Ingemar Åkerlind PhD.

Centre for Public Health Sciences and Unit of Research and Development in Primary Care and
Psychiatry, County Council of Östergötland, Linköping, Sweden.

In order to survey the mental health of the population as a ground for the public health planning, the County Council and the Regional Social Insurance Government in Östergötland, Sweden, initiated this study. The aim of the survey was to describe self-reported mental health in Östergötland and to analyse population based differences between groups.

A questionnaire covering socio-demographic background, well-being, mental health, drug consumption, health care contacts, attitudes towards medication and psychotherapy was sent to a stratified sample of 12 900 inhabitants aged 18–90 years in the county of Östergötland in October, 2002. The response rate was 66 percent.

The scales Mental Health and Vitality of the SF-36 Health Survey and questions covering phobias, depressions, panic disorders, obsessions, pathological gambling and compulsions, eating disorders, alcohol and drug problems were administered. Alcohol problems were also measured by the risk consumption scale in the screening instrument AUDIT and one question concerning perceived dependency. Open-ended questions about the experience, influence, cause and self-handling of mental health problems were posed. Also, the inhabitants' own view about health promoting factors in life were asked for.

The main findings were that young women aged 18–44 years were especially vulnerable. Moreover, the same women and men aged 20–29 years reported a poorer mental health in 2002 than in the population survey in 1999. There was a strong correlation between reported poor mental health and experience of stress the last four weeks. Men of all ages and students constituted a risk group for alcoholic problems. Immigrants reported more often mental health problems than people born in Sweden. The lower the occupational degree was, the higher was the number of mental health problems. The perceived need for care was more prominent in women than in men and younger more than elderly. The mental health was equally poor in those seeking care as compared to those not seeking care, but perceiving a need to seek care. Confidence in care was equally distributed between men and women. Feelings of shame was the most often reported hindrances to seek care. An incitement to seek care was a perceived incapacity to function in every day life. Further analyses of the rich material may give a deeper insight into causes behind bad and good mental health, help seeking behaviour and satisfaction with care.

1 Förord

På uppdrag av Landstinget i Östergötland och Försäkringskassan i Östergötland har Folkhälsovetenskapligt Centrum och FoU-enheten för Primärvård och Psykiatri, under oktober månad 2002 genomfört enkätundersökningen Östgötens psykiska hälsa.

Syftet med studien är att kartlägga självrapporterad psykisk ohälsa i Östergötland och att analysera skillnader mellan olika grupper i befolkningen. Syftet är också att beskriva om och hur människor söker vård för psykiska besvär och vilken hjälp de får. Studien ska utgöra ett underlag för beslut om hur vård och förebyggande verksamhet ska utformas i framtiden.

Rapporten ger en deskriptiv bild av det självskattade psykiska hälsoläget i befolkningen och innehåller uppgifter om östgötens övergripande psykiska hälsa, specifika psykiska besvär och missbruk. Rapporten redovisar också östgötarnas sätt att söka hjälp, vilken vård de fått och nöjdhet med vården. Den tar också upp egna sätt att hantera sina problem, "egenvård" och befolkningens förtroende för vård av psykisk ohälsa.

Under arbetet med rapporten har många nya frågeställningar väckts. Eftersom denna rapport huvudsakligen är deskriptiv saknas fördjupningar inom flera olika ämnesområden. De öppna frågorna i datamaterialet ger också betydligt större möjligheter till analyser än vad som framkommer i denna rapport. Det är författarnas starka förhoppning att denna rapport blir en inspirationskälla till att gå vidare och göra fördjupade analyser.

Arbetet har bedrivits i samarbetet mellan Folkhälsovetenskapligt Centrum och FoU-enheten för Primärvård och Psykiatri. Arbetsgruppen har bestått av Madeleine Borgstedt-Risberg (statistiker), Helle Noorlind Brage (epidemiolog) och Marika Wenemark (statistiker) från Folkhälsovetenskapligt Centrum och Tommy Holmberg (folkhälsovetare), Per Nettelbladt (docent i psykiatri) och Ingemar Åkerlind (docent i psykologi) från FoU-enheten. Till sin hjälp har arbetsgruppen haft en referensgrupp med representanter från psykiatrin, primärvården, landstingets kansli, Försäkringskassan, Hälsouniversitetet och Linköpings kommun.

Författarna vill tacka alla som hjälpt till med allt ifrån att utforma frågeformuläret till att färdigställa rapporten. Vi vill speciellt tacka Christina Aldin som gjort layouten på såväl frågeformuläret som denna rapport. Mest vill vi dock tacka alla de personer i Östergötland som tagit sig tid att besvara frågeformuläret och generöst delat med sig av sina erfarenheter.

Marika Wenemark, projektledare

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Under de senaste 150 åren har tre skeden av folkhälsans utveckling definierats i den industrialiserade världen. I slutet av 1800-talet var infektionssjukdomar den dominerande sjukdomsgruppen. Genom samhällsreformer och bättre hygieniska förhållanden bröts trenden ungefär vid sekelskiftet. I nästa skede kom sjukdomar som klassificeras som välevnadssjukdomar. Hjärtkärlsjukdomarna ökade till exempel kraftigt för att åter sjunka under sista delen av 1900-talet. Det tredje skedet karakteriseras av tillitsbrist- eller samhällssjukdomar. Hit räknas bland annat sjukdomar av psykosomatisk typ som till exempel utbrändhet, kronisk trötthet och diffus led- och muskelsmärk. Det är sjukdomar som inte är dödliga men som orsakar mycket lidande och besvär för de drabbade ¹.

Psykisk ohälsa och psykosomatiska sjukdomar, är ett folkhälsoproblem, som orsakar stort lidande och medför omfattande sociala och ekonomiska konsekvenser för dem som drabbas och deras anhöriga ². Tillgänglig statistik visar att antalet personer med psykiska besvär som grund för förtidspension har ökat på senare år. Av samtliga förtidspensioner som beviljades år 2000 utgjordes 25 procent av psykiska sjukdomar och syndrom. Enligt Stockholms läns folkhälsorapport, 1999 ³ har andelen människor med nedsatt psykiskt välbefinnande ökat för både män och kvinnor mellan åren 1990 och 1998.

Partstudien ⁴ som genomfördes i Stockholms läns landsting under åren 1998–2000 är en mycket bred studie med syfte att såväl kartlägga psykisk ohälsa som att studera samband mellan psykisk ohälsa och olika risk- och friskfaktorer. I studien, som riktar sig till 20 000 medborgare 20–64 år bosatta i Stockholms län, framkom bland annat att cirka 80 procent av personerna med psykisk ohälsa har ett icke tillgodosett vårdbehov.

Befolkningenkäten Östgötens hälsa och miljö genomförs regelbundet av Folkhälsovetenskapligt Centrum på uppdrag av Landstinget i Östergötland. Denna enkät ger en övergripande bild av människors hälsa. År 1999 ⁵ upplevde 12–25 procent av befolkningen sömnbesvär, oro/ängslan, ångest eller nedstämdhet ofta eller alltid.

En rapport som baseras på befolkningenkäten från 1995 visade att ungefär 10 procent av männen och 17 procent av kvinnorna hade ofta förekommande besvär av depressiv karaktär. Skillnaderna mellan kommunerna baserades på ett fåtal individer men visade att det fanns skillnader i fråga om såväl prevalens av psykiska symptom som i fråga om vårdutnyttjande ⁶.

I det medicinska programmet Psykisk ohälsa ⁷ ges en översikt av psykisk ohälsa i Östergötland hos den vuxna befolkningen. Då egna data saknas, görs en teoretisk uppskattning av incidensen och prevalensen av psykisk

ohälsa i olika sjukdomsgrupper. Uppskattningarna baseras på vad olika epidemiologiska studier som till exempel Lundbystudien har rapporterat^{8 9}.

2.2 Syfte

Syftet med studien är att kartlägga självrapporterad psykisk ohälsa i alla kommuner i Östergötlands län samt att beskriva skillnader mellan olika grupper i befolkningen. Syftet är också att beskriva om och hur människor söker vård för psykiska besvär och vilken behandling de får. Studien ska vara ett underlag för beslut om hur vård och förebyggande verksamhet ska utformas i framtiden.

3 Metod

Studien är en tvärsnittstudie baserad på ett frågeformulär till ett slumpmässigt, kommunstratifierat urval om totalt 12 900 personer i åldrarna 18–90 år bosatta i Östergötland hösten 2002.

3.1 Frågeformuläret

Frågeformuläret omfattar bakgrundsfrågor, olika mått på psykisk hälsa och ohälsa, frågor om vårdbehov, sjukvård och behandling och allra sist en öppen fråga om positiva saker i livet.

Ett av de viktigaste kriterierna vid val av frågor var att formuläret inte fick bli alltför omfattande. Andra målsättningar som styrde valet var att frågorna om psykisk ohälsa inte skulle kräva att människor känner till psykiatriska termer och diagnoser.

Alla svarande skulle känna att de kunde bidra med någonting, oavsett om de hade psykiska besvär eller inte. Formuläret skulle därför inte enbart fokusera på psykisk ohälsa, utan så långt som möjligt även ta upp faktorer som bidrar till psykiskt välbefinnande. En strävan var också att personerna skulle få möjlighet att svara med egna ord om inget av de fasta svarsalternativen passade. Möjligheterna att jämföra med andra studier och att jämföra över tid vägdes också in. Frågeformuläret finns i sin helhet i bilaga 1.

3.2 Mått på psykisk hälsa och ohälsa

Frågor om psykisk hälsa och ohälsa

Frågeformuläret mäter självskattad psykisk hälsa och ohälsa. Psykisk hälsa definieras inte enbart som avsaknad av psykisk ohälsa, utan formuläret försöker också fånga faktorer som kan vara positiva för den psykiska hälsan.

- *Öppna frågor om psykiska besvär*
Utgångspunkten för mätningen av den psykiska hälsan är ett antal öppna frågor. Personerna i studien får själva beskriva vad de upplever för psykiska besvär, hur besvären påverkar vardagen, vad de tror är orsaken till besvären och hur de gör för att hantera besvären eller må bättre (frågorna 20–23).
- *Övergripande psykisk hälsa*
Den psykiska hälsan mäts också med två index som ingår i det hälsorelaterade livskvalitetsinstrumentet SF-36¹⁰. Indexen Psykiskt välbefinnande (MH) och Vitalitet (VT) kan betraktas som generella mått på den psykiska hälsan och resultaten är möjliga att jämföra med andra studier (fråga 25).

- *Sömn och stress*
Sömnproblem och stress mäts med tre delfrågor i samma fråga som Psykiskt välbefinnande och Vitalitet (fråga 25). Frågorna kan sägas mäta generella sömn- och stressproblem utan att ge någon djupare kunskap om hur besvären yttrar sig eller hur allvarliga de är.
- *Specifika psykiska besvär*
Psykisk hälsa mäts också genom ett antal frågor som anknyter till psykiatriska diagnoser (fråga 26). De diagnoser som åsyftas är: fobier, depression, panikångest, tvångssyndrom, spelproblem och ätstörningar. Däremot har vi inte ansett det vara möjligt att mäta förekomsten av psykoser eller demenser genom att fråga befolkningen.
- *Bruk och missbruk av beroendeframkallande medel*
Individernas alkoholkonsumtion mäts med tre frågor från screening-instrumentet AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ¹¹. Frågorna gäller hur ofta man dricker alkohol, hur mycket man dricker och hur ofta man dricker mycket vid samma tillfälle (fråga 31–33). Beroende av lugnande mediciner, alkohol och narkotika mäts med tre delfrågor i fråga 26.

Olika tidsaspekter i frågorna

De olika måtten på psykisk ohälsa omfattar olika tidsperioder. När det gäller de öppna frågorna anges ingen tidsrymd eftersom syftet är att få en uppfattning om vilka besvär respektive positiva hälsosfaktorer som personerna själva upplever som betydelsefulla. Tidsrymden i skalorna Psykiskt välbefinnande och Vitalitet är fyra veckor. Sömnbesvär och stress mäts under samma tidsrymd. Frågorna om specifika psykiska besvär och beroendefrågorna gäller de senaste tolv månaderna. Frågorna om alkoholkonsumtion mäter nuvarande användningsfrekvens.

"Expertmätt" och "folkmätt"

I kliniskt arbete mäts psykisk hälsa genom att en psykiater ställer en klinisk diagnos. En korrekt psykiatrisk diagnos gör det ofta möjligt att ge en behandling och att bilda sig en uppfattning om sjukdomens svårighetsgrad och prognos. Det är också enklare att kommunicera med andra genom att ange en diagnos, i stället för att ge en utförlig beskrivning av alla symtom som en individ kan tänkas ha. I denna studie förekommer inga psykiaterbedömningar men frågorna rörande specifika psykiska besvär försöker komma nära en psykiatrisk diagnos genom att fråga efter symtom som ingår i diagnoskriterierna.

De öppna frågorna representerar vad personerna själva anser vara psykiska besvär och besvären beskrivs med egna ord. Varje persons besvär och känslor kan sägas vara unika och får stå för just den personens erfarenheter och upplevelser.

De olika måtten kan sägas följa två spår. ”Expertmättet” är det som den medicinskt psykiatriska professionen och folkhälsoexpertisen bekänner sig till. Det andra är vad människor själva tycker och kan betraktas som ett ”folkmått”. Studien ger en möjlighet att studera vilka likheter och skillnader som finns mellan ”expertmättet” och ”folkmättet”.

Könsskillnader

Det har påpekats att psykiska symtom hos män respektive kvinnor kan uppfattas på olika sätt av kliniskt verksam personal i psykiatri¹² och självfallet också av individerna själva. Det är därför viktigt att skilja på män och kvinnor vid beskrivningar och analyser av den psykiska hälsan.

3.3 Undersökningens genomförande

Urval

Det går av praktiska och ekonomiska skäl inte att skicka frågeformulär till alla som bor i Östergötland. Istället tas ett stickprov och utifrån stickprovet dras slutsatser om hela populationen. För att kunna studera såväl olika kommuner som hela länet gjordes ett stratifierat urval. Vid ett stratifierat urval på kommunnivå dras ett slumpmässigt urval av individer inom varje kommun. På så sätt blir den statistiska precisionen ungefär lika för alla kommuner i urvalet. Det hade varit önskvärt att ha samma precision i alla kommuner. En jämn fördelning av svarande i alla kommuner skulle dock betyda att mer än var fjärde person i Ydre skulle besvara enkäten. Det bedömdes inte rimligt att skicka formuläret till mer än var tionde person i de minsta kommunerna varför antalet individer varierar mellan kommunerna. Om ingen stratifiering gjorts hade majoriteten av personerna i urvalet kommit från Linköping, Norrköping och andra stora kommuner. Tack vare stratifieringen kan även de mindre kommunerna särredovisas.

När resultat presenteras som gäller hela Östergötland, är kommunresultaten sammanvägda så att varje kommun har sin rätta proportion av befolkningen i länet.

Utskick av frågeformulär

Totalt 12 900 personer i åldrarna 18–90 år, bosatta i Östergötlands län, ingick i urvalet. Personerna i urvalet fick först ett brev med information om studien och efter några dagar skickades frågeformuläret och ett svarskort ut. Eftersom ämnet kan uppfattas som känsligt var formuläret utan identitetsbeteckning och därmed helt anonymt. Svarskortet var däremot märkt med ett nummer och skulle skickas in separat samtidigt med det ifyllda formuläret. Detta gjordes för att få veta vilka som svarat utan att veta vem som svarat på vilket formulär. Efter cirka två veckor skickades en påminnelse med ett nytt formulär och ett nytt svarskort.

Metoden med omärkta formulär har nackdelen att resultaten inte kan samköras med registerdata. Även bakgrundsfrågor som kan hämtas från register måste nu ställas i formuläret och belastar därmed de svarande med extra frågor. En annan nackdel är att bortfallsredovisningar och bortfallsuppföljningar blir mer komplicerade och att det kan finnas personer som svarar två gånger (se vidare kapitel 3.5). Fördelen är att människor inte behöver känna sig oroliga för att kunna identifieras i formuläret och i datafiler. Svarsfrekvensen och ärligheten i svaren bedöms ha blivit bättre än de skulle ha varit med identifierbara formulär.

3.4 Svarsfrekvens

Det var 8 467 personer som besvarade enkäten vilket innebär en svarsfrekvens på 66 procent. Om det är en viss typ av människor som inte svarar kan resultaten bli snedvridna på grund av bortfallet. Om till exempel många friska personer utan psykiska besvär väljer att inte delta för att de inte känner sig berörda av ämnet, blir andelen i befolkningen med psykiska besvär överskattad. På samma sätt kan andelen med psykiska besvär bli underskattad om det är många med besvär som inte vill delta. Detta kapitel syftar till att beskriva den svarande populationen för att bedöma hur säkra resultaten är för olika grupper i befolkningen.

Kommuner

Svarsfrekvensen i kommunerna varierar mellan 63 och 70 procent. Ydre är den kommun som har den högsta svarsfrekvensen och Ödeshög har den lägsta (tabell 3.1). Totalt är det 23 personer (0,3 %) som inte uppger vilken kommun de bor i.

Tabell 3.1 Antal personer i urvalet, antal svarande och svarsfrekvens per kommun

<i>Kommun</i>	<i>Antal i urvalet</i>	<i>Antal svarande</i>	<i>Svar (%)</i>
Boxholm	450	289	64
Finspång	1500	982	65
Kinda	800	543	68
Linköping	1500	1009	67
Mjölby	1500	970	65
Motala	1500	986	66
Norrköping	1500	974	65
Söderköping	1100	701	64
Vadstena	650	415	64
Valdemarsvik	650	425	65
Ydre	350	245	70
Åtvidaberg	950	622	65
Ödeshög	450	283	63

Kön och ålder

Uppgifter om kön och ålder finns för alla personer i urvalet från det befolkningsregister som urvalet drogs från. Kvinnorna svarar i större utsträckning än männen (tabell 3.2). Svarsfrekvensen för kvinnorna är mellan 61 och 72 procent i de olika ålderskategorierna. För männen varierar svarsfrekvensen mer. Bland 18–29 åriga män är det endast 43 procent som svarat. Kvinnor mellan 45–64 år och män 65–90 år har den bästa svarsfrekvensen (72 %).

Tabell 3.2 Antal svarande och svarsfrekvens per kön och ålder

Ålder	Kvinnor		Män		Totalt	
	Antal	Svar (%)	Antal	Svar (%)	Antal	Svar (%)
18–29	641	61	486	43	1127	52
30–44	1066	67	879	54	1945	60
45–64	1557	72	1483	64	3040	68
65–90	1160	69	959	72	2119	70
Totalt	4424	68	3807	59	8231	64

Totalt var det 23 personer (0,3 %) som inte svarade på frågan om kön och 227 (2,7 %) som inte svarade på födelseår. Förmodligen uppfattas frågan om födelseår som den mest känsliga för att kunna identifiera en enskild person. En stor del av de personer som utelämnar födelseåret skulle förmodligen inte ha svarat alls på frågeformuläret om det inte hade varit helt omärkt.

Invandrare

För att kunna bedöma svarsfrekvensen bland invandrare utnyttjas nationell statistik om utrikes födda i de olika kommunerna i Östergötland ¹³.

Uppgifter visar att i Östergötlands län är drygt tio procent av befolkningen födda i ett annat land än Sverige. På frågan *Är du född i Sverige?* har knappt nio procent svarat nej. Den totala svarsfrekvensen bland invandrare är 55 procent (tabell 3.3). Den högsta uppskattade svarsfrekvensen uppdelat på kön och ålder har män i åldern 65–90 år. Lägst är svarsfrekvensen i åldern 18–29 år för både män och kvinnor. Det finns anledning att tro att det framför allt är nyinvandrade och invandrare som inte talar svenska som inte har svarat.

Tabell 3.3 Antal svarande och uppskattad svarsfrekvens för invandrare per kön och ålder

Ålder	Kvinnor		Män		Totalt	
	Antal	Svar* (%)	Antal	Svar* (%)	Antal	Svar* (%)
18–29	36	40	28	32	64	36
30–44	92	56	74	48	166	52
45–64	109	58	106	60	215	59
65–90	73	67	58	75	131	70
Totalt	310	57	266	54	576	55

Svar = uppskattad svarsfrekvens från befolkningsciffror.*

3.5 Bortfall

I de flesta undersökningar finns det personer som inte kan eller vill delta av olika anledningar. Dessa personer utgör bortfallet. Eftersom denna studie är helt anonym krävs speciella metoder för att överhuvudtaget kunna bedöma hur stort bortfallet är och vilka personer det består av.

Av de personer som inte skickat in svarskort eller hört av sig (4 689 personer) gjordes två slumpmässiga urval för bortfallsuppföljning. Det var 750 personer som fick ett miniformulär (bilaga 2) som bestod av en sida med de åtta viktigaste frågorna och 750 andra personer som fick ett bortfallskort med frågor om varför de inte kunde eller ville delta i studien (bilaga 3).

Olika sätt att svara

Det finns totalt elva olika sätt att delta i studien. Dessa olika sätt kallas svarstyper och benämns i redovisningen T1–T11. Tabell 3.4 visar alla olika sätt att delta i studien och grupperar de olika svarstyperna i fem olika grupper som studeras vidare.

- *Grupp 1. Svarade och skickade in svarskort*
Grupp 1 består av de som svarade på frågeformuläret och skickade in svarskortet så att de inte kom med i bortfallsstudien. Detta kunde de göra på det första (T1) eller det andra (T7) formuläret eller svara på det första formuläret och skicka in det andra svarskortet för att tala om att de redan svarat (T4). En del kan ha svarat på både första och andra formuläret men enbart skickat in det andra svarskortet (T2) och blir därmed dubletter i datafilen. Detta är den största gruppen och utgör ungefär 61 procent av alla i urvalet.
- *Grupp 2. Hörde av sig*
Grupp 2 är de som hörde av sig eller där en anhörig hörde av sig och talade om varför den som fått frågeformuläret inte kunde eller ville delta. Det kan också vara personal på ett vårdhem eller gruppboende som hörde av sig per brev eller telefon. Dessa personer ingick inte i bortfallsstudien eftersom vi redan vet varför de inte kunde eller ville delta. Totalt

273 personer ingår i denna grupp och det motsvarar 0,2 procent av hela urvalet.

- *Grupp 3. Svarade men skickade inte in svars kort*
Grupp 3 är personer som inte skickade in svars kortet trots att de svarat på det första (T5) eller andra frågeformuläret (T8). En del av dessa kan dessutom ha svarat på båda formulären (T3) och blir då dubletter i datafilen. Personer i grupp 3 kom med i bortfallsuppföljningen trots att de redan svarat. Antalet i denna grupp uppskattas utifrån antalet som uppger att de redan har svarat på bortfallskortet. Ungefär fem procent av alla i urvalet bedöms ha svarat på detta sätt.
- *Grupp 4. Svarade inte och skickade inte in svars kort*
Grupp 4 består av de som inte alls skickade in något svar eller svars kort (T10). De ingår i bortfallsuppföljningen och vi förutsätter att de där inte kryssar i att de redan har svarat på bortfallskortet utan uppger varför de inte ville/kunde delta. Denna grupp utgör ungefär 31 procent av alla i urvalet och är den allra största delen av bortfallet.
- *Grupp 5. Svarade inte men skickade in svars kort*
Dessa personer svarade inte på frågeformuläret men skickade ändå in det första (T6) eller det andra svars kortet (T9). Det kan vara oavsiktligt genom att de inte har förstått vad det stod eller hur de skulle göra med kortet men det kan också ha varit avsiktligt för att slippa ytterligare påminnelser. Uppskattningsvis har ungefär en procent av alla i urvalet gjort på detta sätt.

Tabell 3.4 Alla olika sätt att delta i studien

Svars- typ	Svar enkät1	Svar kort1	Svar enkät2	Svar kort2	Post i datafil	Bortfalls- uppföljning	Troligt svar	Grupp
T1	Ja	Ja	-	-	Ok	-	-	G1
T2	Ja	Nej	Ja	Ja	Dubblett	-	-	G1
T3	Ja	Nej	Ja	Nej	Dubblett	Ja	Har svarat	G3
T4	Ja	Nej	Nej	Ja	Ok	-	-	G1
T5	Ja	Nej	Nej	Nej	Ok	Ja	Har svarat	G3
T6	Nej	Ja	-	-	Bortfall	-	-	G5
T7	Nej	Nej	Ja	Ja	Ok	-	-	G1
T8	Nej	Nej	Ja	Nej	Ok	Ja	Har svarat	G3
T9	Nej	Nej	Nej	Ja	Bortfall	-	-	G5
T10	Nej	Nej	Nej	Nej	Bortfall	Ja	Anledning	G4
T11	Nej	Nej	Nej	Nej	Bortfall	-	-	G2

Som framgår av tabell 3.4 finns det två svarstyper (T2 och T3) som genererar dubbla formulär i datafilen. Det uppskattade antalet dubletter i datafilen är mellan 0 och 130. Två dubletter hittades under kodningsarbetet. Inga aktiva försök att spåra dubletter i datafilerna har gjorts.

Det framgår också av tabellen att bortfallsuppföljningen riktas till svarstyperna T3, T5, T8 och T10 trots att det egentligen endast är T10 av dessa som är bortfall. Svarstyper som inte kommer med i bortfallsuppföljningen trots att de borde, är T6 och T9.

De olika bortfallsgrupperna

Informationen om de olika bortfallsgrupperna är viktig eftersom de kan representera olika typer av fel i datamaterialet. Det totala bortfallet består av Grupp 2, Grupp 4 och Grupp 5.

Grupp 2 är de 273 personer som hört av sig och talat om varför de inte kan eller vill delta i studien. Denna grupp utgör ungefär sex procent av det totala bortfallet och består av sjuka personer, personer som befinner sig utomlands och därmed förmodligen är relativt friska samt personer utan adress och personer som inte vill delta (tabell 3.5).

Tabell 3.5 Antal och andel personer i Grupp 2 med olika bortfallsorsaker

<i>Bortfallsorsak</i>	<i>Antal</i>	<i>Andel (%)</i>
Ingen adress	113	41
Sjuk/dement	59	22
Utomlands	35	13
Vägrar	40	15
Avlidna	20	7
Annan orsak	6	2
Totalt	273	100

Grupp 4 utgör ungefär 91 procent av det totala bortfallet. Om dessa personer finns information från bortfallskortet och miniformuläret.

Av de 750 personer som fick bortfallskortet var det 226 (30 %) som skickade in det. Svaren på bortfallskortet visar att den vanligaste anledningen är att man aldrig deltar i enkätstudier följt av att man aldrig har haft psykiska besvär (tabell 3.6). Många anger flera alternativ, varför summan av andelarna inte blir 100 procent.

Tabell 3.6 Andel personer med olika svarsalternativ på bortfallskortet per kön

Svarsalternativ	Andel (%)		
	Kvinnor	Män	Totalt
Deltar aldrig i enkätstudier	32	32	32
Har aldrig haft psykiska besvär	33	25	29
Hade inte tid	23	23	23
Känner mig inte berörd av ämnet	23	24	23
Glömde bort att svara	25	13	19
Annat	16	12	14
Orkade inte	12	10	11
Kunde inte delta p.g.a. sjukdom/handikapp	8	8	8
Saknar förtroende för sjukvården	8	5	7
Saknar förtroende för myndigheter	4	10	7
Svårt att förstå språket	7	2	4

Äldre invandrare svarar i större utsträckning än andra att de har svårt med språket. Många äldre skriver också att de är sjuka eller handikappade. Att inte ha tid är den vanligaste anledningen för både kvinnor och män i den yngsta ålderskategorin. Kvinnor i åldern 30–44 år skriver oftare än andra att de inte orkar svara och att de glömde bort att svara. Även de yngsta männen skriver oftare än andra att de glömde bort att svara. Det är framför allt äldre kvinnor som skriver att de aldrig deltar i enkätstudier även om dessa svar är relativt jämt fördelade i alla grupper. Ett undantag är dock kvinnor i åldern 30–44 år för vilka tid, ork och glömska dominerar starkt. Få personer uppger att de inte har förtroende för sjukvård och myndigheter. I gruppen män 18–29 år är det dock fler än i övriga grupper som uppger att de inte har förtroende för myndigheter.

En ganska stor andel anger att de aldrig har varit psykiskt sjuka eller att de inte känner sig berörda av ämnet. Dessa personer har förmodligen inte stora psykiska problem. Det finns också personer som är så sjuka eller stressade att de inte kan svara. Bland dessa finns det säkert personer med psykiska problem av varierande grad. Svaren visar att bortfallsgruppen är blandad.

Resultatet från miniformuläret baseras på 268 svarande av 750 (36%). Observera att resultaten även kan innehålla personer från Grupp 3 som redan besvarat originalformuläret. Majoriteten är dock svar från Grupp 4.

Svaren på miniformuläret visar att 17 procent har haft ett vårdbehov för psykiska besvär under de senaste tolv månaderna. Denna andel överensstämmer väl med de 16 procent som framkommer i originalformuläret (se kapitel 9). Om de två grupperna läggs ihop blir totalresultatet att 16 procent har haft ett vårdbehov. Denna siffra baseras då på en svarsfrekvens som motsvarar nästan 80 procent.

Även då frågan om vårdbehov i miniformuläret fördelas på ålder och kön blir det god överensstämmelse med resultaten från originalformuläret. Totalt är det mindre än en procentenhets skillnad mellan olika grupper. Det finns dock en tendens att kvinnorna i miniformuläret har ett något större upplevt vårdbehov än kvinnorna i originalformuläret. Det är något fler både kvinnor och män i åldern 18–29 år som uppger att de har haft behov av att söka vård men inte gjort det jämfört med originalformuläret. De sammanvägda resultaten baseras på svarsfrekvenser på mellan 59 procent (män 18–29 år) och upp till 85 procent (kvinnor 65–90 år).

Grupp 5 som inte svarat på frågeformuläret men ändå skickat in svarkortet utgör ungefär tre procent av bortfallet. Denna grupp vet vi ingenting om och kan inte heller följa upp den på något sätt.

Sammanfattning

Resultaten talar för att den delen av bortfallet som studerats med bortfallskortet och miniformuläret inte skiljer sig från huvudresultaten. Om resultaten från originalformuläret och miniformuläret vägs samman blir det endast marginella förändringar. Det är dock viktigt att komma ihåg att det fortfarande kvarstår ungefär 20 procent av det totala urvalet som vi inte vet någonting alls om. Den största delen av dessa har inte svarat alls på de utsända formulären eller bortfallsutskicken.

3.6 Tolkning av resultaten

Konfidensintervall och signifikanstest

För att bedöma hur säkra resultaten är går det att räkna fram konfidensintervall för resultaten i rapporten. Ett 95-procentigt konfidensintervall ger ett intervall som med 95 procents säkerhet täcker det sanna värdet i populationen. Konfidensintervallet tar inte hänsyn till bortfallet utan är endast en precisionsberäkning för det fel som uppkommer i och med att studien är ett urval av befolkningen och inte en totalundersökning. Eftersom urvalet är stort blir konfidensintervallen små. Jämfört med bortfallsproblematiken har denna typ av osäkerhet mycket liten betydelse. Beträffande andelar som gäller hela datamaterialet blir osäkerheten cirka en procentenhet. Det betyder att andelen i befolkningen med ett upplevt vårdbehov (16 %) har ett konfidensintervall på mellan 15 och 17 procent. För kvinnor och män är osäkerheten knappt två procentenheter och för de olika ålderskategorierna två till tre procentenheter. Vid jämförelser mellan kvinnor och män är andelsskillnader på ungefär tre procentenheter statistiskt signifikanta. Ju mindre grupper som jämförs desto större blir osäkerheten och desto större skillnader krävs för att de ska vara statistiskt signifikanta.

Som jämförelse kan osäkerheten från den delen av bortfallet som vi inte har någon kunskap om alls, beräknas. I detta bortfall skulle rent hypotetiskt, även om det är mycket osannolikt, alla eller ingen kunna ha ett upplevt vårdbehov. Det ger ett osäkerhetsintervall från bortfallet på mellan 12 och

28 procent personer med vårdbehov i befolkningen. Ett intervall som tar hänsyn till både osäkerheten på grund av bortfallet och osäkerheten på grund av urvalet blir då att mellan 11 och 29 procent av befolkningen har ett upplevt vårdbehov för psykiska besvär.

Åldersstandardisering

De resultat för olika kommuner som redovisas i rapporten är baserade på den faktiska åldersfördelningen i respektive kommun. Det betyder att om äldre personer generellt är mer nöjda med vården kommer en kommun med en stor andel äldre också att ha en stor andel nöjda invånare. Jämförelser av resultat mellan olika kommuner kan då tyckas orättvisa eftersom en kommun med en stor andel äldre får en högre andel nöjda jämfört med en kommun med få äldre, trots att andelen nöjda inom varje ålderskategori kan vara precis lika stor i de båda kommunerna. Motsvarande resonemang kan föras även om andra bakgrundsfaktorer som till exempel andel kvinnor och män eller andel invandrare.

Åldersstandardiserade resultat visar hur stor andel som exempelvis skulle ha varit nöjda i respektive kommun om den hade haft exakt samma åldersfördelning som i hela Östergötland. I de fall åldersstrukturen kan påverka resultaten finns en kommentar om de åldersstandardiserade resultaten i anslutning till aktuell tabell eller figur.

Datakvalitet

Med frågeformulär som mätmetod finns det alltid en risk att personer kryssar i fel ruta på grund av att de inte förstår eller av misstag. Det kan också finnas personer som medvetet skriver fel. Alla sådana fel ger upphov till olika typer av mätfel. Möjligheterna i frågeformuläret att uttrycka sig med egna ord, om de fasta svarsalternativen inte passar, ger en god inblick i vilka frågor som varit speciellt svåra att svara på. De öppna frågorna ger också en möjlighet att få en känsla för hur uppriktiga, konsekventa och noggranna människor är när de fyller i formuläret. Svarkvaliteten bedöms vara mycket god, kanske tack vare anonymiteten.

3.7 Definitioner av variabler

Kategorisering av Psykiskt välbefinnande (MH) från SF-36

Utifrån ett referensmaterial för SF-36 baserat på data från befolkningsenkäter i Östergötland och Kalmar (totalt 9 489 personer) konstruerades två gränser för indexet Psykiskt välbefinnande (MH)¹⁴. Syftet var att få fram gränser som diskriminerar väl mellan personer med psykiska besvär och personer utan psykiska besvär. Bland de friska i referensmaterialet hade 97 procent ett medelvärde på MH högre än 65 jämfört med 39 procent i gruppen med psykiska besvär. Ett medelvärde på MH som är 50 eller lägre fångade 42 procent av dem som angett att de hade psykiska besvär och under en

procent av de friska. De två gränserna resulterar i tre olika grupper (se vidare kapitel 5.3).

- Uttalade psykiska besvär MH 0–50
- Lindriga psykiska besvär MH 51–65
- Inga besvär MH 66–100

Invandrare

Som invandrare räknas personer som är födda utomlands och vars båda föräldrar också är födda utomlands.

Sysselsättning

En stor andel personer använde alternativet Annat på frågan *Vad var din huvudsakliga sysselsättning de senaste fyra veckorna?* (fråga 11). De flesta av dessa har skrivit att de varit sjukskrivna, är förtidspensionärer, haft semester eller har sjukbidrag. Frågan har därför kategoriserats om utifrån de öppna svaren. Även personer som skrivit flera alternativ har kategoriserats om så att till exempel arbetslös och studerat hamnar i gruppen Arbetslös. Ålderspensionärer ingår inte som en sysselsättningskategori eftersom denna grupp sammanfaller nästan helt med ålderskategorin 65–90 år. Föräldralediga med tjänst (fråga 12) räknas i gruppen Arbetat medan föräldralediga utan tjänst räknas in i gruppen Annat. Även Hemmafru/hemmaman räknas in i gruppen Annat.

Gruppen Sjukskriven/förtidspensionär är dels de personer som skriver att de varit sjukskrivna eller är förtidspensionärer på sysselsättningsfrågan, dels de som skriver att de varit sjukskrivna 15 dagar eller mer på en fråga som handlar enbart om sjukskrivning (fråga 13).

Öppna frågor

De öppna frågorna om psykiska besvär (fråga 20–23) och positiva faktorer i livet som påverkar det psykiska välbefinnandet (fråga 49) har kodats till siffror efter ett kodschema redan före scanningen av frågeformulären. De texter som inte passade in i någon kod eller bedömdes speciellt intressanta för att man i efterhand ska kunna förstå ett sammanhang, skrevs in som text i data-materialet. Ungefär 60 procent av alla de öppna svaren är kodade i grundmaterialet medan resten är inskriven text. För att ge en heltäckande bild av materialet krävs en eller flera omkodningar av hela underlaget.

De redovisningar av hur man hanterar sina psykiska besvär (fråga 23) är baserade på grundmaterialets första kodning som gjordes före scanningen. Dessa redovisningar innehåller alltså endast en del av hela materialet.

4 Demografisk beskrivning

Den demografiska beskrivningen visar hur de svarande i undersökningen är fördelade på kön, ålder, sysselsättning och utbildningsnivå. Den visar även åldersfördelningen i de olika kommunerna och ålders- och könsfördelningen för invandrare. Syftet med redovisningen är att den ska utgöra en bas för de kommande analyserna och en hjälp för att tolka resultaten.

Kön och ålder

Andelen kvinnor är något högre än män i den yngsta och i den äldsta ålderskategorin, medan männen har en högre andel i ålderskategorin 45–64 år (tabell 4.1). Eftersom ålderskategorierna inte omfattar lika många år är det naturligt färre personer i åldrarna 18–29 år än i övriga kategorier.

Tabell 4.1 Andel personer i olika ålderskategorier per kön

Ålder	Andel (%)		
	Kvinnor	Män	Totalt
18–29	18	16	17
30–44	24	24	24
45–64	33	37	35
65–90	25	24	24

Sysselsättning

Den vanligaste sysselsättningen de senaste fyra veckorna är att ha arbetat (tabell 4.2). Totalt 54 procent har haft en fast eller tidsbegränsad anställning, eller varit egenföretagare. Att andelarna inte summerar till 100 procent beror på att ålderspensionärer inte ingår i redovisningen av sysselsättning utan representeras av ålderskategorin 65–90 år. Bland kvinnorna är andelen med tidsbegränsad anställning och andelen sjukskrivna/förtidspensionärer högre än bland männen. Män är oftare än kvinnor egenföretagare.

Tabell 4.2 Andel personer med olika sysselsättning per kön

Sysselsättning	Andel (%)		
	Kvinnor	Män	Totalt
Fast anställd	40	46	43
Tidsbegränsat anställd	7	4	6
Egenföretagare	2	8	5
Studerat	8	7	8
Arbetslös	3	3	3
Sjukskriven/förtidspensionär	12	8	10
Annat	3	1	2

Andelen som har tidsbegränsad anställning och andelen som studerar är högst för den yngsta ålderskategorin (tabell 4.3). Den största andelen sjukskrivna/förtidspensionärer finns i ålderskategorin 45–64 år. Mer än en fjärdedel av kvinnorna och knappt en femtedel av männen i ålderskategorin 45–64 år är sjukskrivna eller förtidspensionärer.

Tabell 4.3 Andel personer med olika sysselsättning per ålder

Sysselsättning	Andel (%)			
	18–29 år	30–44 år	45–64 år	65–90 år
Fast anställd	37	65	60	1
Tidsbegränsat anställd	14	8	4	<1
Egenföretagare	1	7	7	2
Studerat	33	7	1	0
Arbetslös	7	3	3	0
Sjukskriven/förtidspensionär	3	8	22	<1
Annat	4	2	2	1

Utbildning

Folk- och grundskola är den vanligaste utbildningsnivån bland både kvinnor och män (tabell 4.4). Andelen med högskola/universitetsutbildning är något högre bland kvinnor än bland män.

Tabell 4.4 Andel personer med olika utbildning per kön

Utbildning	Andel (%)		
	Kvinnor	Män	Totalt
Folkskola/grundskola	33	31	32
2-år gymnasium, yrkes-, realskola	23	22	23
3-4 år gymnasium	21	26	24
Högskola/universitet	23	20	22

De allra flesta i den yngsta ålderskategorin har 3–4 årigt gymnasium (tabell 4.5). I den äldsta ålderskategorin är det en stor andel personer med enbart folkskola eller grundskola.

Tabell 4.5 Andel personer med olika utbildning per ålder

<i>Utbildning</i>	Andel (%)			
	<i>18- 29 år</i>	<i>30- 44 år</i>	<i>45- 64 år</i>	<i>65- 90 år</i>
Folkskola/grundskola	8	12	34	64
2 år gymnasium, yrkes-, realskola	7	35	26	17
3-4 år gymnasium	64	23	15	9
Högskola/universitet	21	30	25	10

Invandrare

Andelen invandrare i den svarande populationen är totalt åtta procent. Endast elva procent av invandrarna är 18–29 år (tabell 4.6). I hela befolkningen är det 17 procent i den ålderskategorin. De flesta invandrarna i datamaterialet är i åldern 30–44 år.

Tabell 4.6 Andel invandrare i olika ålderskategorier per kön

<i>Ålder</i>	Andel (%)			<i>Totalt</i>
	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>		
18–29	11	12		11
30–44	34	37		35
45–64	35	31		33
65–90	21	20		21

Skillnader i befolkningsstruktur mellan kommuner

Linköping är den kommun som har den största andelen unga i åldern 18–29 år följt av Norrköping, Åtvidaberg och Motala (tabell 4.7). Minst andelen unga har Boxholm och Söderköping. Andelen 65–90 år är störst i Ydre följt av Vadstena. Minst andelen äldre har Söderköping och Linköping.

Andelen kvinnor är större än andelen män i alla kommuner. Kommunerna Boxholm och Åtvidaberg har största respektive minsta skillnaden i andelen kvinnor och män. I Boxholm är 57 procent kvinnor och i Åtvidaberg är lite drygt 50 procent kvinnor.

Tabell 4.7 Andel personer i olika ålderskategorier per kommun

<i>Kommun</i>	Andel (%)			
	<i>18- 29 år</i>	<i>30- 44 år</i>	<i>45- 64 år</i>	<i>65- 90 år</i>
Boxholm	9	22	40	30
Finspång	11	22	40	28
Kinda	13	25	34	28
Linköping	22	24	32	22
Mjölby	12	24	39	25
Motala	15	25	37	24
Norrköping	16	25	34	25
Söderköping	9	27	42	21
Vadstena	13	21	34	33
Valdemarsvik	11	21	40	28
Ydre	11	18	37	34
Åtvidaberg	15	23	37	25
Ödeshög	12	25	34	29

5 Generell psykisk hälsa och funktionspåverkan

5.1 Inledning

SF-36 är ett frågeformulär som omfattar 36 frågor och som mäter självskattad hälsorelaterad livskvalitet ¹⁰. Frågorna sammanförs till fyra index som relaterar till fysisk hälsa och fyra index som relaterar till psykisk hälsa. I denna studie ingår de frågor som bildar indexen Psykiskt välbefinnande och Vitalitet (fråga 25). Fortsättningsvis används de vedertagna engelska förkortningarna MH för Psykiskt välbefinnande (Mental Health) och VT för Vitalitet (Vitality).

MH består av fem frågor om hur ofta den svarande känt sig mycket nervös, nedstämd, lugn och harmonisk, dystert och ledsen respektive glad och lycklig de senaste fyra veckorna. VT består av fyra frågor om hur ofta den svarande känt sig riktigt piggt och starkt, utsliten, trött respektive varit full av energi. Frågornas fullständiga formulering framgår av bilaga 1.

De olika indexen redovisas på en skala från 0, sämsta tänkbara hälsa, till 100, bästa tänkbara hälsa. Andra studier har visat att de fyra index som mäter fysisk hälsa får lägre medelvärden med stigande ålder, medan medelvärdena på MH och VT inte ändras med stigande ålder ¹⁰. MH har visat sig ha en god förmåga att mäta skillnader i psykisk hälsa även hos äldre, 60–86 år ¹⁵. Kvinnor har generellt lägre medelvärden än män på alla indexen ^{10 14}.

I en norsk studie frågade man 80 personer i åldrarna 16–93 år om vad de menade var hälsa ¹². Man fann då att de flesta inte utgick från något utopiskt idealt hälsotillstånd utan hade en verklighetsanpassad syn på vad hälsa är i förhållande till sin livssituation. En person som har en svår sjukdom kan ändå vara nöjd med sitt hälsotillstånd om han kan arbeta, leva ett normalt familjeliv och umgås med sina vänner. Man kan säga att då en individ själv får beskriva sin hälsa, så är en viktig utgångspunkt i vilken utsträckning hälsotillståndet utgör ett hinder för ett normalt liv.

För att även fånga aspekten om de psykiska besvaren har lett till begränsningar i vardagen, efterfrågas i två frågor om psykiska besvär har påverkat arbetet/fritiden respektive sociala relationer (fråga 27 och 28).

5.2 Jämförelse med resultat från befolkningsenkät 1999

Resultaten för MH och VT kan jämföras med ett referensmaterial från befolkningsstudien Östgötens hälsa och miljö som genomfördes år 1999 ⁵. För att resultaten ska bli jämförbara används endast personer i åldern 20–74 år i redovisningen.

Medelvårdesskillnader mellan år 1999 och 2002 för indexen MH och VT

Medelvärdena för MH är lägre år 2002 jämfört med år 1999 (tabell 5.1). Medelvärdena är ungefär lika för alla ålderskategorier år 1999. År 2002 är det större skillnad mellan olika ålderskategorier. Yngre personer har lägre medelvärden än äldre bland såväl kvinnor som män.

Tabell 5.1 Medelvärden för MH i befolkningsenkäterna Östgötens hälsa och miljö (1999) och Östgötens psykiska hälsa (2002) per kön och ålder

Ålder	Medelvärden					
	Kvinnor		Män		Totalt	
	1999	2002	1999	2002	1999	2002
20–29	76	68	80	75	78	71
30–44	78	72	79	77	78	74
45–64	77	75	81	79	79	77
65–74	78	77	82	84	80	80
Totalt	77	73	80	78	79	76

Totalt har medelvärdet minskat med tre enheter mellan år 2002 och år 1999 (tabell 5.2). Medelvårdesskillnaderna är större för kvinnor än för män och störst i den yngsta ålderskategorin. Skillnaderna talar för att det har skett en försämring av det psykiska välbefinnandet för personer i åldrarna 20–29 år och för kvinnor även i åldrarna 30–44 år.

Tabell 5.2 Medelvårdesskillnad för MH mellan år 1999 och 2002 per kön och ålder

Ålder	Medelvårdesskillnad (2002–1999)		
	Kvinnor	Män	Totalt
20–29	-8	-5	-7
30–44	-6	-2	-4
45–64	-2	-2	-2
65–74	-1	+2	±0
Totalt	-4	-2	-3

Även för VT sker en ökning av medelvärdena med stigande ålder betydligt tydligare år 2002 jämfört med år 1999 (tabell 5.3).

Tabell 5.3 Medelvärden för VT i befolkningsenkäterna Östgötens hälsa och miljö (1999) och Östgötens psykiska hälsa (2002) per kön och ålder

Ålder	Medelvärden					
	Kvinnor		Män		Totalt	
	1999	2002	1999	2002	1999	2002
20–29	64	54	68	61	66	57
30–44	61	55	67	61	64	58
45–64	63	59	69	65	66	62
65–74	66	67	70	72	68	69
Totalt	63	58	69	64	66	61

Medelvärdeskillnaderna visar på försämrad vitalitet (VT) och i jämförelse med MH är denna försämring mer uttalad. En skillnad mot MH är att den försämrade vitaliteten inte skiljer sig lika tydligt åt vad gäller kön. Det är endast för den yngsta ålderskategorin där sänkningen är större för kvinnor (-10 enheter) än för män (-7 enheter) (tabell 5.4).

Tabell 5.4 Medelvärdeskillnad för VT mellan år 1999 och 2002 per kön och ålder

Ålder	Medelvärdeskillnad (2002–1999)		
	Kvinnor	Män	Totalt
20–29	-10	-7	-9
30–44	-6	-6	-6
45–64	-4	-4	-4
65–74	+1	+2	+1
Totalt	-5	-5	-5

För både MH och VT gäller att värdena är lägre år 2002 jämfört med år 1999. Detta gäller även då materialet delas upp på kön och ålder. En förklaring till att MH och VT har försämrats kan vara att denna studie enbart fokuserar på psykisk hälsa. En fråga om till exempel en specifik sjukdom i ett frågeformulär om enbart den sjukdomen ger ofta en högre prevalens jämfört med samma fråga i ett frågeformulär som handlar om många olika sjukdomar. En annan metodskillnad är att frågorna kommer på olika ställen i de båda frågeformulärens. Det finns dock ingen anledning att tro att effekterna av dessa metodskillnader skulle vara mer uttalade för vissa ålderskategorier än för andra. En troligare förklaring är då att den psykiska hälsan i Östergötland har försämrats sedan 1999, i högre grad för yngre personer än för äldre. Även sjukskrivningarna för psykiska problem av olika slag har ökat och det finns skäl att tro att resultaten speglar en verklig förändring och att befolkningen idag skattar sin psykiska hälsa sämre än vad de gjorde för tre år sedan. Förändringen stämmer väl överens med vad som sägs i den nationella folkhälsorapporten från 2001 ².

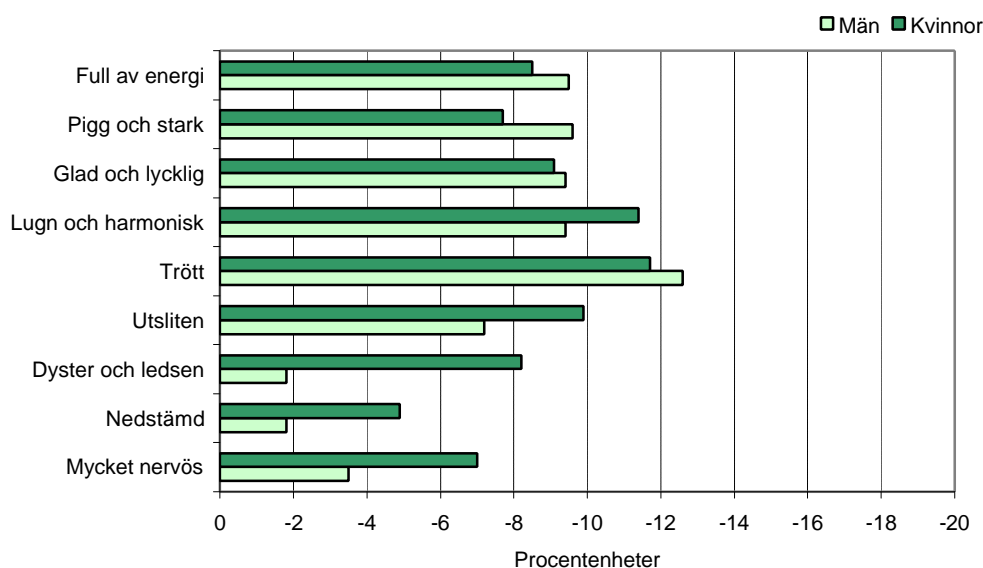
Att resultaten visar ett tydligt samband med bättre skattad psykisk hälsa med stigande ålder ger anledning att ifrågasätta om det åldersberoende för MH och VT som flera studier tidigare visat, inte längre gäller generellt.

Medelvärdeskillnader mellan år 1999 och 2002 för enskilda frågor i MH och VT

Det vanligaste sättet att redovisa SF-36 är att redovisa svaren sammanräknade för de olika indexen. Den negativa utvecklingen mellan år 1999 och 2002 väcker frågan om det är vissa enskilda frågor som ligger bakom skillnaden.

Svaren på delfrågorna har kategoriserats i tre grupper Ofta (hela tiden/största delen av tiden), Ibland (en hel del av tiden/en del av tiden) och Sällan (lite av tiden/inget av tiden). De förändringar som redovisas är skillnaderna mellan andelen som uppger de två bästa svarsalternativen 2002 jämfört med 1999. För de positivt formulerade frågorna är det andelen som svarat Ofta som jämförs och för de negativt formulerade frågorna är det andelen som svarat Sällan som jämförs.

Andelen kvinnor som ofta känner sig lugna och harmoniska har minskat med elva procentenheter mellan 1999 och 2002 (figur 5.1). Andelen som svarat Ofta har förändrats i ungefär lika stor utsträckning för alla de fyra positivt formulerade frågorna. För de negativt formulerade frågorna är skillnaden större mellan de olika delfrågorna. Andelen som svarat Sällan har minskat för alla de negativt formulerade frågorna. Det betyder att det är fler som ofta eller ibland upplever sig trötta, utslitna och så vidare. Bland de negativt formulerade frågorna är det trötthet som förändrats mest negativt över tidsperioden. För kvinnor har utvecklingen av andelen som känner sig utslitna, dystra och ledsna samt mycket nervösa också förändrats negativt. Dessa förändringar är inte lika påtagliga för männen.



Figur 5.1 Skillnad 1999- 2002 mellan andelen som uppger de två bästa svarsalternativen för respektive fråga i indexen MH och VT per kön.

5.3 Psykiskt välbefinnande i olika grupper

Materialet har delats in i tre grupper med avseende på besvärens svårighetsgrad enligt MH:

- Uttalade besvär MH 0–50
- Lindriga besvär MH 51–65
- Inga besvär MH 66–100

Kategoriseringen grundas dels på tidigare studier¹⁶ dels på data från ett stort referensmaterial för SF-36 (se kapitel 3.7). Nedan presenteras endast MH då det anses vara ett bättre mått än VT för att mäta psykisk hälsa^{16 17 18}.

Kön och ålder

Totalt är det 27 procent av befolkningen som har lindriga eller uttalade psykiska besvär mätt med MH (tabell 5.5). Det är fler kvinnor än män med såväl lindriga som uttalade psykiska besvär i alla ålderskategorier. Störst är könsskillnaden i den yngsta ålderskategorin där andelen kvinnor med uttalade besvär är mer än dubbelt så stor som för männen. Det kan konstateras att de yngre kvinnorna inte bara har mer besvär än övriga grupper, besvären är också mer uttalade. Andelen kvinnor med uttalade psykiska besvär minskar med stigande ålder medan andelen män med uttalade psykiska besvär är ungefär lika stor i alla ålderskategorier.

Tabell 5.5 Andel personer med lindriga (MH 51–65) och uttalade besvär (MH 0–50) per kön och ålder

Ålder	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	Lindriga	Uttalade	Lindriga	Uttalade	Lindriga	Uttalade
18–29	22	20	19	9	21	15
30–44	16	15	15	9	15	12
45–64	15	12	12	9	14	11
65–90	18	11	10	7	14	9
Totalt	17	14	14	9	15	12

Invandrare

Andelen med psykiska besvär är större i gruppen invandrare jämfört med övriga (tabell 5.6). För både kvinnor och män är det nästan 2,5 gånger så stor andel med uttalade psykiska besvär bland invandrare jämfört med övriga. En tredjedel av invandrarkvinnorna har uttalade psykiska besvär.

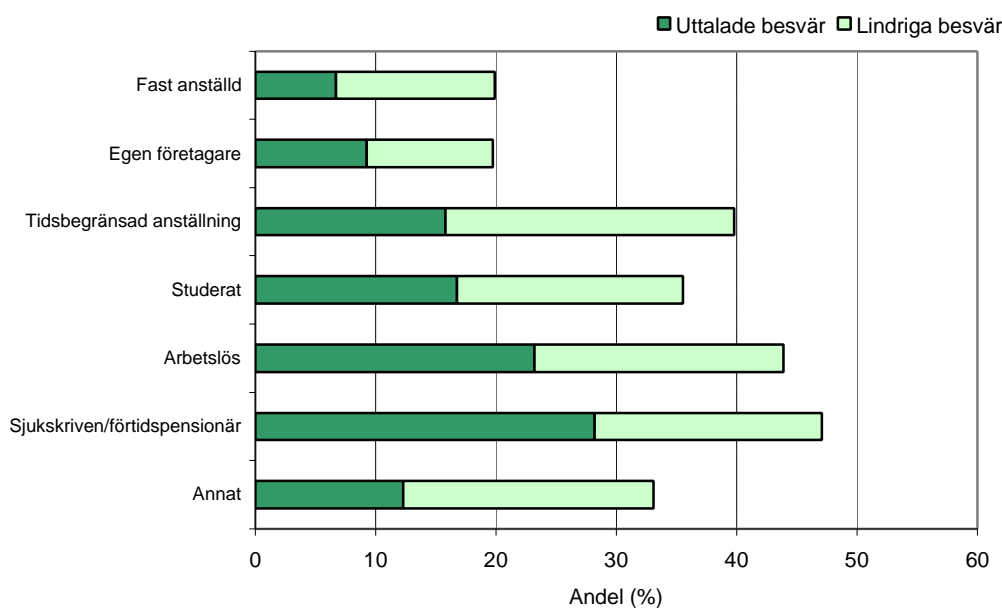
Tabell 5.6 Andel personer med lindriga (MH 51–65) och uttalade besvär (MH 0–50) bland invandrare och övriga per kön

	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	<i>Lindriga</i>	<i>Uttalade</i>	<i>Lindriga</i>	<i>Uttalade</i>	<i>Lindriga</i>	<i>Uttalade</i>
Invandrare	14	31	17	19	16	25
Övriga	18	13	13	8	15	10

Den största skillnaden i andel med psykiska besvär mellan invandrare och övriga finns i ålderskategorierna 30–44 och 45–64 år. I den yngsta ålderskategorin är det ungefär samma andel (14%) som har uttalade psykiska besvär som bland övriga.

Sysselsättning

Gruppen sjukskriven/förtidspensionär har högst andel med lindriga eller uttalade psykiska besvär (figur 5.2). Andra grupper som skattar sitt psykiska välbefinnande lågt är arbetslösa, personer med tidsbegränsad anställning och studerande. Bland fast anställda och egenföretagare finns en betydligt mindre andel med såväl lindriga som uttalade besvär.



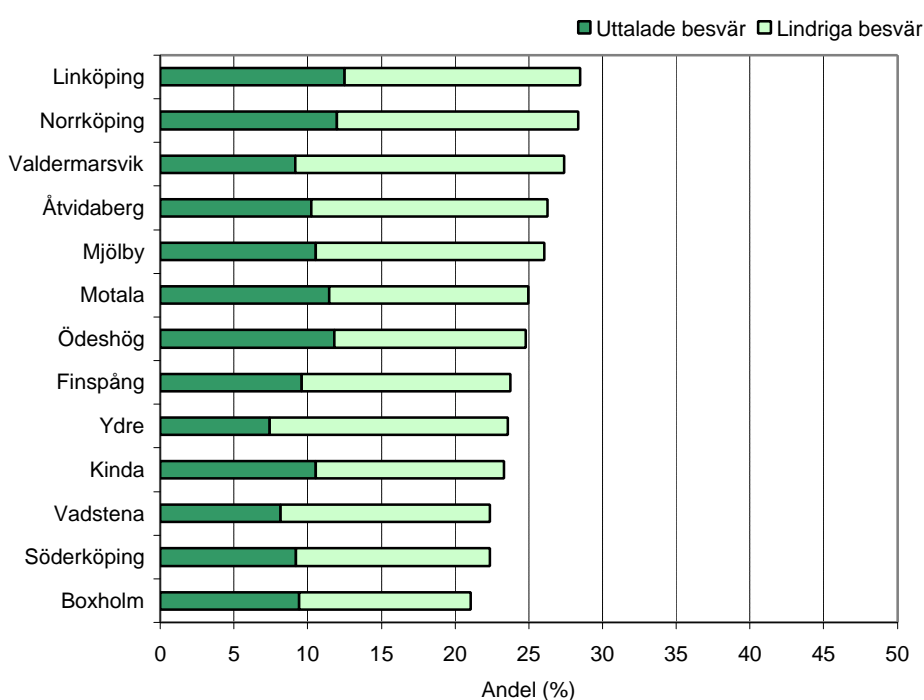
Figur 5.2 Andel med uttalade (MH 0–50) respektive lindriga besvär (MH 51–65) i olika sysselsättningsgrupper.

Av den yrkesverksamma delen av populationen är det således egenföretagare och de med fast anställning som rapporterar den bästa psykiska hälsan. En intressant iakttagelse är att det är en lägre andel med psykiska besvär bland kvinnliga egenföretagarna än bland manliga. Annars är det genomgående så,

i alla sysselsättningsgrupper, att en högre andel kvinnor än män rapporterar lindriga eller uttalade psykiska besvär.

Kommuner

Andelen personer med lindriga eller uttalade psykiska besvär varierar mellan 21 procent och 28 procent för Östergötlands kommuner (figur 5.3). Störst andel personer med lindriga eller uttalade psykiska besvär har Linköping, Norrköping och Valdemarsvik. Kommuner med hög andel personer med uttalade psykiska besvär är Linköping, Norrköping, Ödeshög och Motala. De kommuner som har lägst andel personer med psykiska besvär är Boxholm, Söderköping och Vadstena.



Figur 5.3 Andel med uttalade (MH 0–50) respektive lindriga besvär (MH 51–65) i olika kommuner.

Resultaten i figur 5.3 är de faktiska värdena som inte tar hänsyn till hur många unga respektive gamla personer som bor i kommunen. En åldersstandardisering som ger alla kommuner en jämförbar åldersfördelning ändrar siffrorna till viss del.

Det är fortfarande Linköping, Norrköping och Valdemarsvik som har störst andel personer med psykiska besvär. Efter åldersstandardiseringen har Ydre, Kinda och Boxholm lägst andel personer med psykiska besvär.

5.4 Psykiskt välbefinnande och funktionspåverkan

I fråga 27 efterfrågas om egna psykiska besvär lett till att man minskat eller slutat göra sådant som man brukar göra (på arbetet eller fritiden) och i fråga 28 om besvären lett till att relationerna till vänner, arbetskamrater eller andra personer har försämrats. Svartalternativen är Nej, Ja i viss utsträckning och Ja i stor utsträckning. Materialet har delats in i tre grupper beroende på hur man svarat på de båda frågorna.

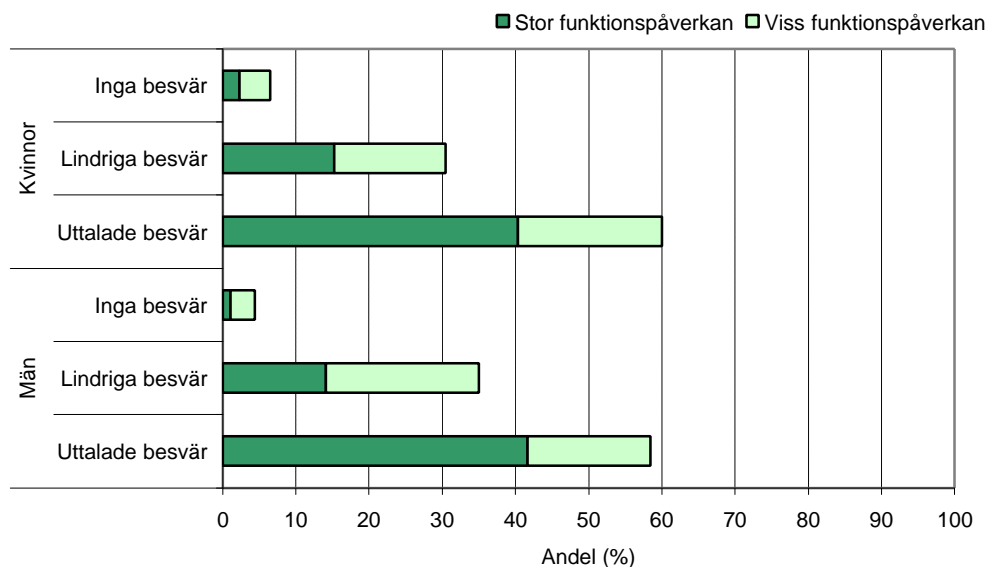
- Ingen funktionspåverkan Svarat Nej på båda frågorna.
- Viss funktionspåverkan Svarat Ja, i viss utsträckning på en av frågorna.
- Stor funktionspåverkan Svarat Ja, i viss utsträckning på båda frågorna alternativt Ja, i stor utsträckning på minst en av frågorna.

Totalt är det åtta procent av alla personer som uppger att de har en viss funktionspåverkan och ytterligare åtta procent som har stor funktionspåverkan (tabell 5.7). Störst andel personer med viss eller stor funktionspåverkan finns i den yngsta ålderskategorin och för kvinnor även i ålderskategorin 30–44 år. I dessa ålderskategorier finns det även en stor andel personer med stor funktionspåverkan. För den äldsta ålderskategorin är det en betydligt mindre andel personer som uppger att de har en funktionspåverkan. Kvinnor upplever funktionspåverkan i större utsträckning än män och könsskillnaderna är störst i de yngsta ålderskategorierna.

Tabell 5.7 Andel personer med viss eller stor funktionspåverkan per kön och ålder

Ålder	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	Viss	Stor	Viss	Stor	Viss	Stor
18–29	13	16	10	8	12	12
30–44	10	13	8	7	9	10
45–64	8	9	6	6	7	8
65–90	4	3	5	4	4	3
Totalt	8	10	7	6	8	8

Det finns ett starkt samband mellan MH och funktionspåverkan (figur 5.4). Av de personer som inte har några psykiska besvär är det en mycket liten andel personer som anger att de har viss eller stor funktionspåverkan. För såväl män som kvinnor ökar sedan andelen med funktionspåverkan med ökande psykiska besvär. Ungefär 60 procent av såväl kvinnorna som männen med uttalade psykiska besvär uppger att de också har en funktionspåverkan.



Figur 5.4 Andel med stor respektive viss funktionspåverkan i grupperna med inga (MH 66- 100), lindriga (MH 51- 65) och uttalade (MH 0- 50) psykiska besvär per kön.

Det finns en grupp personer med uttalade psykiska besvär som inte uppger att de har någon funktionspåverkan. En del svar på de öppna frågorna visar att det är möjligt att kompensera för en funktionspåverkan genom att undvika situationer som kan ge upphov till psykiska besvär.

5.5 Sammanfattning

- Psykiskt välbefinnande och vitalitet har försämrats mellan år 1999 och 2002.
- Resultaten talar för att indexen Psykiskt välbefinnande och Vitalitet inte är generellt oberoende av ålder.
- Det finns ett starkt samband mellan psykisk besvärsgrad och funktionspåverkan.

Kön och ålder

Kvinnornas och framför allt de yngre kvinnornas psykiska hälsa har försämrats mer än männens mellan år 1999 och 2002. Den yngsta gruppen kvinnor (18–29 år) har sämst psykisk hälsa. De äldsta männen (65–90 år) har den bästa psykiska hälsan.

Invandrare

Det är mer än dubbelt så vanligt att invandrare har psykiska besvär jämfört med den övriga befolkningen.

Sysselsättning

Sämst psykisk hälsa har sjukskrivna/förtidspensionerade, arbetslösa, de med tidsbegränsad anställning och studerande. Bäst psykisk hälsa har egenföretagare och personer med fast anställning.

Kommuner

Andelen personer med psykiska besvär varierar mellan 21 procent och 28 procent för Östergötlands kommuner.

6 Sömnproblem och stress

6.1 Inledning

Sömnproblem

Sömnproblem är en vanlig orsak till kontakter med sjukvården. Det rör sig om olika besvär varav insomningsbesvär, fragmenterad sömn och tidigt morgonuppvaknande är de vanligaste. Ofta är problemen relaterade till psykiska orsaker som stress eller psykisk sjukdom men även oregelbundna vanor, kaffedrickande eller dålig sömnhygien kan bidra till sömnproblemen¹⁹. I många fall kan det räcka med att ge råd om en god sömnhygien för att bota besvären men cirka fem procent av befolkningen tar regelbundet sömnmedel. Sömlöshet som samlingsnamn för alla grader av sömnbrist, drabbar ungefär fem procent av befolkningen och är vanligast bland kvinnor och äldre²⁰.

I befolkningsenkäten Östgötens hälsa och miljö 1999 ställdes fem frågor om sömnproblem som sammanräknades till ett index. Resultatet visade att 16 procent av männen och 18,5 procent av kvinnorna hade ofta förekommande sömnproblem, det vill säga störd nattsömn fler gånger i veckan⁵. Besvären var störst bland invandrare, arbetslösa och äldre.

Stress

Stress är ett naturligt svar från kroppen på situationer som kräver kraftiga prestationer under kort tid, till exempel vid kamp eller flykt. Kroppen anpassar sig både fysiskt och psykiskt för att klara ansträngningen med minsta möjliga skada. Blir situationen långvarig och utan möjlighet till återhämtning och vila, kan systemet komma i obalans och påverka kroppen negativt.

Enligt WHO utgör stressrelaterade sjukdomar några av de största folksjukdomarna idag. Kroniskt trötthetssyndrom, utmattningsdepression och posttraumatiskt stressyndrom är några av de vanligaste. Stressrelaterade symtom kan utgöras av huvudvärk, muskelsmärter, trötthet, sänkt immunförsvar och känslomässiga störningar. Långvariga stressreaktioner kan också leda till utveckling av en rad olika sjukdomar, bland annat magsår, högt blodtryck och psykiska sjukdomar.

Arbetsrelaterad stress tycks öka i hela västvärlden. Upplevelsen av stress i arbetet har ökat även i Sverige och diskuteras ofta i massmedia. Depression och närbesläktade tillstånd som stressrelaterade symtom, utgjorde den vanligaste orsaken till långtidssjukskrivning bland tjänstemän i Sverige år 2000,²¹

När det gäller arbetsrelaterad stress visade undersökningen Östgötens hälsa och miljö att risken för psykiska besvär var mer än fördubblad för män som uppgav att de utsattes för stress i arbetet⁵. Även kvinnornas risker var förhöjda till nästan det dubbla.

6.2 Sömnproblem

Sömnproblem mäts med de två frågorna *Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna har Du haft svårt att somna* och *Hur stor del av tiden de senaste fyra veckorna har du sovit dåligt?* Svaren klassificeras i tre grupper Ofta (hela tiden/största delen av tiden), Ibland (en hel del av tiden/en del av tiden) och Sällan (lite av tiden/inget av tiden).

Knappt 9 procent rapporterar att de ofta har problem med att somna, 21 procent att de har problem ibland och 70 procent att de sällan har problem med att somna (tabell 6.1). Insomningsproblem är vanligare bland kvinnor än bland män. Totalt 34 procent av kvinnorna och 25 procent av männen har problem att somna Ofta eller Ibland.

Tabell 6.1 Andel personer som har haft svårt att somna ibland eller ofta per kön och ålder

Ålder	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	Ibland	Ofta	Ibland	Ofta	Ibland	Ofta
18–29	23	12	18	9	21	11
30–44	20	8	18	8	19	8
45–64	22	8	18	5	20	7
65–90	25	14	18	8	22	11
Totalt	23	11	18	7	21	9

Andelen invandrare som ofta har svårt att somna är 16 procent vilket är nästan dubbelt så stor andel som i hela befolkningen. När det gäller sysselsättning är det minst andel bland personer i arbete som ofta har svårt att somna (5 %) och störst andel bland sjukskrivna/förtidspensionärer (20 %). Ungefär 13 procent av de studerande och arbetslösa anger att de ofta har svårt att somna.

Av de som ofta har haft svårt att somna de senaste fyra veckorna har 25 procent fått recept på medicin mot sömnbesvär under det senaste året. Bland de som har svårt att somna ibland eller sällan är det åtta respektive en procent som fått medicin.

På frågan om man sovit dåligt uppger var tionde person att de ofta sover dåligt (tabell 6.2). Att sova dåligt är också vanligare bland kvinnor än bland män. Här är skillnaderna inte så stora i olika åldrar.

Tabell 6.2 Andel personer som sover dåligt ofta eller ibland per kön och ålder

Ålder	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	Ibland	Ofta	Ibland	Ofta	Ibland	Ofta
18–29	23	14	18	8	21	11
30–44	25	11	22	9	24	10
45–64	28	12	23	6	26	9
65–90	28	13	22	5	25	9
Totalt	26	12	22	7	24	10

Även när det gäller dålig sömn svarar invandrare i högre grad än övriga att de ofta sover dåligt (17 %). En annan grupp där en stor andel uppger att de sovit dåligt de senaste fyra veckorna är sjukskrivna/förtidspensionärer (20 %). Bland studerande och arbetslösa anger tio procent att de ofta sover dåligt och bland de som arbetar åtta procent.

Av de som anger att de ofta haft problem med dålig sömn under de senaste fyra veckorna har 19 procent fått sömnmedel utskrivet under de senaste tolv månaderna. Bland de som sovit dåligt ibland är det tio procent som fått medicin och bland de som sällan sovit dåligt är det en procent.

6.3 Stress

Frågan *Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna har Du känt Dig spänd eller stressad?* klassificeras efter sin svårighetsgrad i grupperna Ofta (hela tiden/största delen av tiden), Ibland (en hel del av tiden/en del av tiden) och Sällan (lite av tiden/inget av tiden).

Det är tio procent som rapporterar att de ofta känner sig stressade (tabell 6.3) och 30 procent som känner sig stressade ibland medan 60 procent sällan känner sig stressade. Kvinnor känner sig mer stressade än män och har större skillnad mellan olika ålderskategorier. Betydligt fler yngre än äldre känner sig stressade, vilket är speciellt tydligt för unga kvinnor där var femte ofta känner sig stressad.

Tabell 6.3 Andel personer som är stressade ofta eller ibland per kön och ålder

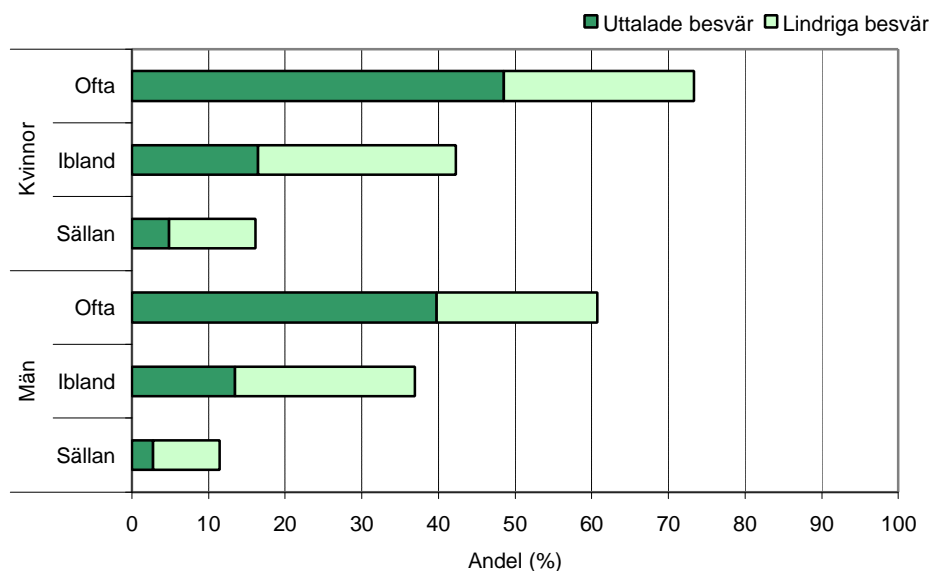
Ålder	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	Ibland	Ofta	Ibland	Ofta	Ibland	Ofta
18–29	37	22	36	11	37	17
30–44	38	15	33	10	36	13
45–64	33	9	29	7	31	8
65–90	17	5	16	1	17	3
Totalt	31	12	28	7	30	10

Det är 16 procent av invandrarna som ofta känner sig stressade jämfört med tio procent i hela befolkningen. Även när det gäller att ofta känna sig stressad anger sjukskrivna/förtidspensionärer högst andel (20 %) men att ofta vara stressad är också vanligt bland de studerande (18 %). Av personer i arbete svarar nio procent att de ofta är stressade och bland de arbetslösa elva procent.

6.4 Sömnproblem, stress och psykiskt välbefinnande

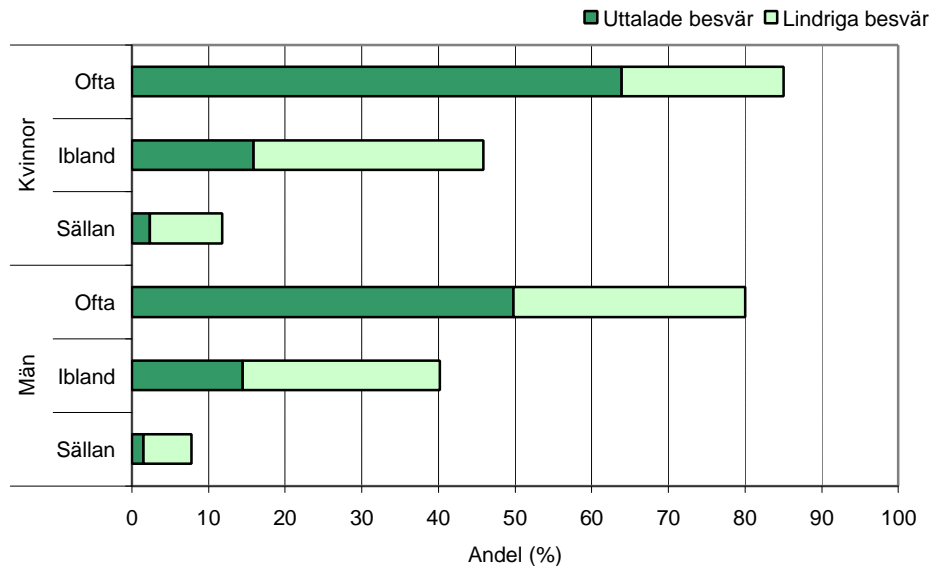
Personer som är stressade har också i stor utsträckning sömnbesvär (svårt att somna eller sover dåligt). Bland de som ofta känt sig stressade de senaste fyra veckorna är det 52 procent som också haft sömnbesvär ofta. Bland de som känt sig stressade ibland eller sällan är andelen som har sömnbesvär 13 respektive 4 procent.

Att sömnbesvär och stress även har ett samband med generell psykisk hälsa blir tydligt när resultaten ställs i relation till Psykiskt välbefinnande i (MH) (se kapitel 5). Bland dem som ofta har haft sömnbesvär är det en stor andel med lågt skattat generellt psykiskt välbefinnande (figur 6.1). Över 70 procent av de kvinnor och 60 procent av de män som ofta har haft sömnbesvär under de senaste fyra veckorna, har lindriga eller uttalade psykiska besvär mätt med MH.



Figur 6.1 Andel med uttalade (MH 0–50) respektive lindriga (MH 51–65) psykiska besvär bland personer som ofta, ibland respektive sällan har sömnbesvär per kön.

Även stressbesvär har ett starkt samband med psykiskt välbefinnande (figur 6.2). Totalt 85 procent av kvinnorna och 80 procent av männen som ofta känt sig stressade under de senaste fyra veckorna har lindriga eller uttalade psykiska besvär.



Figur 6.2 Andel med uttalade (MH 0–50) respektive lindriga (MH 51–65) psykiska besvär bland personer som ofta, ibland respektive sällan är stressade per kön.

6.5 Sammanfattning

Sömnproblem

- Var tionde person uppger att de ofta har svårt att somna eller sover dåligt. En femtedel av de som haft sömnproblem under de senaste fyra veckorna har fått sömnmedel utskrivet någon gång under det senaste året.

Kön och ålder

Hos kvinnor ökar insomningssvårigheterna med åldern, medan männens insomningsproblem inte är åldersrelaterade. I alla ålderskategorier rapporterar kvinnor oftare än män att de ofta har svårt att sova.

Invandrare

Invandrare rapporterar oftare än övriga att de har sömnproblem.

Sysselsättning

Sjukskrivna rapporterar oftare än övriga att de har sömnproblem. Personer i arbete rapporterar mindre ofta att de har sömnproblem.

Stress

- En tiondel av befolkningen uppger att de känner sig stressade hela tiden eller största delen av tiden.

Kön och ålder

Kvinnor rapporterar oftare än män att de känner sig stressade. Var femte ung kvinna anger att hon känner sig stressad hela eller största delen av tiden. Minst stressade känner sig både kvinnor och män i den äldsta ålderskategorin.

Invandrare

Invandrare rapporterar oftare än övriga att de känner sig stressade.

Sysselsättning

Andelen som ofta känner sig stressade är högst bland sjukskrivna/förtidspensionärer. Därefter kommer i nämnd ordning studerande, arbetslösa och personer i arbete.

7 Specifika psykiska besvär

7.1 Inledning

I frågeformuläret ingår ett antal frågor (fråga 26), som syftar till att mäta förekomsten av vissa specifika psykiska besvär de senaste tolv månaderna. Frågorna anknyter till klassiska psykiatriska diagnoser som fobi, depression, panikångest, tvångssyndrom (tvångstankar och tvångshandlingar), spelproblem och ätstörning.

Svaren på frågorna redovisas på olika sätt. Först redovisas andelen personer med besvär i viss respektive stor utsträckning på varje delfråga. Därefter redovisas andelen personer med besvär som dessutom har svarat att de har viss eller stor funktionspåverkan på frågorna om funktionspåverkan av psykiska besvär (fråga 27–28, se även kap 5.4). Funktionspåverkan gäller inte specifikt för påverkan av ett enskilt besvär utan av psykiska besvär generellt. I det sista avsnittet redovisas andelen personer som har enstaka eller flera olika psykiska besvär.

Fobi

För förekomsten av specifika fobiska symtom varierar prevalensen beroende på vilket fobiskt symtom det rör sig om. Djurfobier anses förekomma hos 20 procent av en normalbefolkning och tandvårdsrädsla hos fem procent²⁰. I det medicinska programmet Psykisk ohälsa⁷ anges livstidsprevalensen för social fobi vara tre procent.

Depression

I det medicinska programmet Psykisk ohälsa⁷ anges en årsprevalens på omkring fem procent för egentlig depression. Livstidsrisken att drabbas av en lättare till svårare depression har angetts till 20 procent för män och 40 procent för kvinnor^{20 22}. Andra studier rapporterar en punktprevalens på mellan två och tre procent för män och mellan fem och nio procent för kvinnor och en livstidsrisk på 5–12 procent för män och 10–25 procent för kvinnor²³.

Panikångest

I The Epidemiological Area Catchment Study (ECA-studien) undersöktes i slutet av 1980-talet befolkningen (N=13 538) i fem olika områden i USA med strukturerade frågeformulär²⁴. Svaren överfördes till diagnoser i enlighet med den amerikanska DSM-klassifikationen²³. Man fann att ungefär tio procent av befolkningen hade erfarenhet av isolerade panikattacker och att en procent av männen och två procent av kvinnorna var så svårt drabbade att de kunde sägas lida av panikattacker utan att man alltid kunde finna någon påtaglig orsak till deras attacker. Livstidsprevalensen för panikattacker (paniksyndrom) anges ligga mellan 1,5 och 3,5 procent²³. I det

medicinska programmet Psykisk ohälsa anges livstidsprevalensen vara 3,5 procent ⁷.

Tvångssyndrom

I ECA-studien fann man att rena tvångssyndrom förelåg hos cirka en procent av befolkningen ²⁵ och att sjukdomsriskerna var två till tre procent. DSM-IV anger att livstidsprevalensen är 2,5 procent och ettårsprevalensen är 1,5 – 2,1 procent ²³. I det medicinska programmet Psykisk ohälsa ⁷ anges livstidsprevalensen för tvångssyndrom till två procent.

Spelproblem

Prevalensdata rörande spelberoende ("pathological gambling") är sparsamt förekommande. DSM-IV anger att ungefär en till tre procent av befolkningen är drabbade ²³. I en svensk undersökning anges att 1,6 procent av befolkningen är problemspelare ²⁶. I samma studie redovisas att 2,3 procent av männen och 0,9 procent av kvinnorna har spelproblem. Spelproblem är relativt sett mindre förekommande ju högre upp i åldrarna man kommer.

Ätstörningar

En tidigare studie i Östergötland har visat att cirka tio procent av flickorna på högstadie- och gymnasienivå lider av ospecificerad ätstörning ⁷. Den specifika ätstörningen självsvält (anorexia nervosa), är en sällsynt åkomma. I en studie från Göteborg på 1980-talet fann man att 1 procent av flickorna och 0,1 procent av pojkarna i nionde klass led av självsvält. I en senare studie från 1990-talet fann man att 5 av 1000 tonårsflickor och 1–2 per 1000 kvinnor led av självsvält. Det förefaller inte vara så att frekvensen av självsvält har ökat bland tonåringar när man har studerat perioden 1970 – 1992. Däremot finns det fynd som talar för att nyinsjuknandet har ökat i åldrarna över tjugo år efter 1980 ²⁷.

7.2 Fobi

Frågan *Undviker Du vissa platser, situationer, föremål, djur etc. på grund av oro eller ångest?* används för att mäta förekomsten av självskattad fobi. Genom att undvika att utsätta sig för fobiska situationer har den drabbade möjlighet att hantera sin fobi och klara av sitt vardagsliv. Enkätfrågan är allmänt hållen och kan därför inte användas som ett mått på förekomsten av specifika fobier.

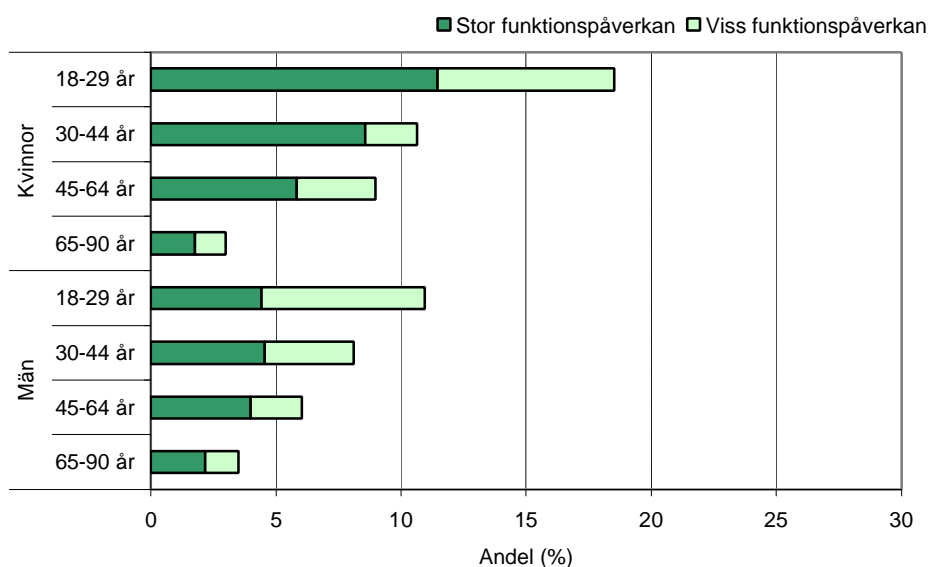
Totalt uppger 14 procent att de har haft fobiska besvär i viss utsträckning och två procent i stor utsträckning de senaste tolv månaderna (tabell 7.1). Kvinnor har mer besvär än män framför allt i den yngsta åldersklassen. Kvinnor har också i större utsträckning än män stora besvär.

Tabell 7.1 Andel personer med vissa respektive stora problem med fobier per kön och ålder

Ålder	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	Vissa	Stora	Vissa	Stora	Vissa	Stora
18–29	28	5	18	2	24	4
30–44	16	3	13	2	14	2
45–64	14	3	12	2	13	2
65–90	8	2	7	1	8	2
Totalt	16	3	12	2	14	2

Totalt åtta procent rapporterar fobiska besvär och en funktionspåverkan av psykiska besvär. Det är fem procent som har fobiska besvär och en stor funktionspåverkan. Dessa siffror kan jämföras med siffror för tandvårdsrädsla (5 %) ²⁰, social fobi (3 %) ⁷ och djurfobi (20 %) ²⁰.

Fobier och funktionspåverkan är vanligare hos kvinnor än män (figur 7.1). Den största andelen finns bland kvinnor i den yngsta ålderskategorin. Besvären avtar med stigande ålder för såväl kvinnor som män.



Figur 7.1 Andel personer som har problem med fobi och som har viss respektive stor funktionspåverkan av psykiska besvär per kön och ålder.

7.3 Depression

Frågan *Har Du återkommande perioder av nedstämdhet eller depressioner?* används för att mäta förekomsten av självskattad depression.

Andelen som svarade Ja, i viss utsträckning är 23 procent och andelen som svarade Ja, i stor utsträckning är tre procent (tabell 7.2). Det är betydligt fler

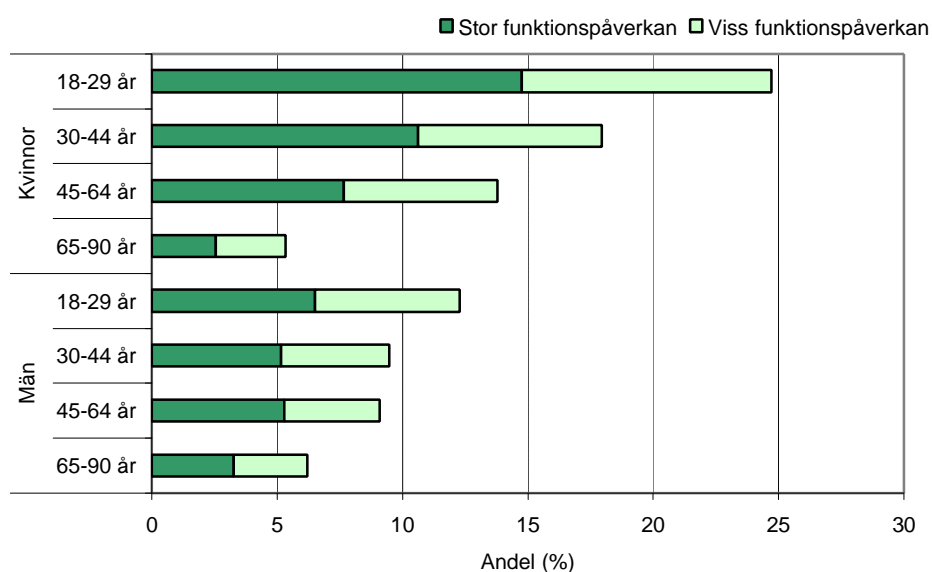
kvinnor än män som uppger besvär. Den största skillnaden finns i den yngsta ålderskategorin där tolv procent av kvinnorna och tre procent av männen uppger stora problem med återkommande depressioner. Totalt 44 procent av de yngsta kvinnorna uppger problem med återkommande perioder av nedstämdhet eller depressioner.

Tabell 7.2 Andel personer med vissa respektive stora problem med återkommande perioder av nedstämdhet eller depressioner per kön och ålder

Ålder	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	Vissa	Stora	Vissa	Stora	Vissa	Stora
18–29	32	12	24	3	29	8
30–44	32	4	19	2	26	3
45–64	26	3	18	2	22	3
65–90	22	1	10	2	16	2
Totalt	28	5	17	2	23	3

Totalt är det tolv procent som anger att de har återkommande depressioner och dessutom funktionspåverkan av psykiska besvär varav sju procent uppger återkommande depressioner och stor funktionspåverkan. Fler kvinnor än män uppger sådana besvär.

Den största andelen kvinnor som anger återkommande depressioner med funktionspåverkan förekommer i den yngsta ålderskategorin och avtar sedan med stigande ålder (figur 7.2). Männen har ett liknande mönster om än inte lika uttalat.



Figur 7.2 Andel personer som har problem med återkommande perioder av nedstämdhet eller depressioner och som har viss respektive stor funktionspåverkan av psykiska besvär per kön och ålder.

Bland de personer som har problem med återkommande depressioner och som har en funktionspåverkan är det 22 procent som fått medicin mot depression under de senaste tolv månaderna. Bland övriga personer var det under två procent som fått medicin mot depression. Den yngsta ålderskategorin med besvär och funktionspåverkan uppger i betydligt mindre utsträckning än övriga grupper att de fått medicin för sina besvär.

7.4 Panikångest

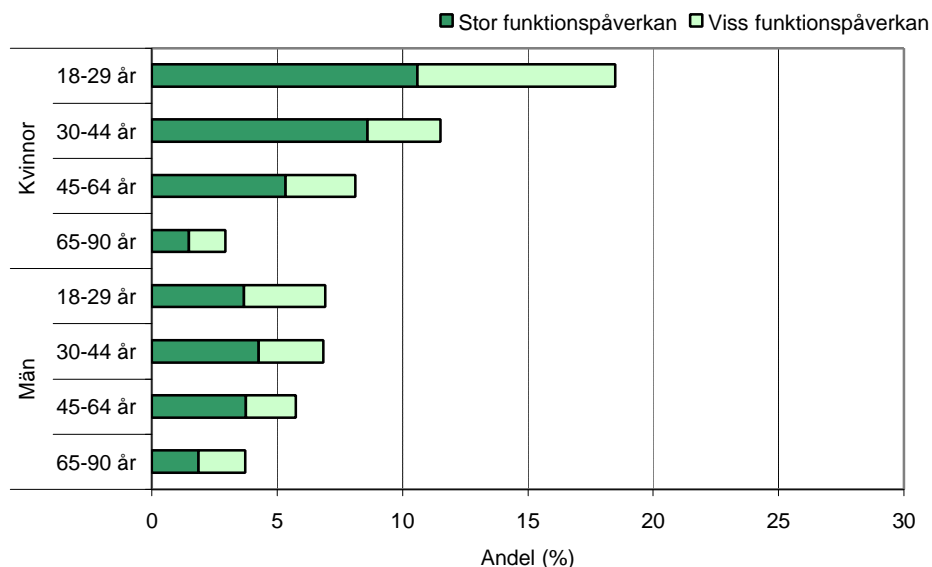
Frågan *Har Du återkommande perioder av ångest och panik?* används för att mäta förekomsten av självskattad panikångest.

Totalt är det tio procent av befolkningen i Östergötland som uppger att de har haft återkommande perioder av ångest och panik i viss utsträckning och två procent som anger att de har haft besvären i stor utsträckning (tabell 7.3).

Tabell 7.3 Andel personer med vissa respektive stora problem med återkommande perioder av ångest och panik per kön och ålder

Ålder	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	Vissa	Stora	Vissa	Stora	Vissa	Stora
18–29	19	8	10	2	15	5
30–44	12	4	9	1	11	2
45–64	11	2	8	1	10	2
65–90	9	1	5	1	7	1
Totalt	12	3	8	1	10	2

Panikångest och viss eller stor funktionspåverkan av psykiska besvär rapporterar totalt åtta procent. De personer som uppger stor funktionspåverkan är sex procent. Det är framför allt yngre kvinnor som upplever att de har panikångest med funktionspåverkan (figur 7.3). Effekten att andelen personer med besvär minskar för varje ålderskategori är betydligt större bland kvinnor.



Figur 7.3 Andel personer som har problem med återkommande perioder av ångest och panik och som har viss respektive stor funktionspåverkan av psykiska besvär per kön och ålder.

Bland personer med återkommande panikångest och funktionspåverkan är det 32 procent som uppger att de fått medicin mot oro och ångest under de senaste tolv månaderna. Bland övriga personer är andelen två procent. Andelen som fått medicin ökar starkt med stigande ålder från 20 procent i den yngsta ålderskategorin till 59 procent i den äldsta.

7.5 Kontrolleringsbehov och tvångssyndrom

Frågorna *Tycker Du själv att Du tvättar Dig onödigt mycket?*, *Tycker Du själv att Du måste kontrollera t.ex. kranar, spis eller lås onödigt mycket?* och *Har Du påträngande tankar med obehagligt innehåll som Du har svårt att slå bort?* används för att mäta förekomsten av kontrolleringsbehov och tvångssyndrom. Dessa frågor redovisas dels separat, dels sammanslaget till vad som fortsättningsvis benämns som tvångsbesvär.

Totalt svarar fyra procent att de har haft problem med att de tvättar sig onödigt mycket de senaste tolv månaderna (tabell 7.4). Motsvarande siffror för de två andra frågorna är betydligt högre. Det är 17 procent som uppger att de har besvär vad gäller att kontrollera kranar, spis eller lås eller besvär med påträngande tankar med obehagligt innehåll (tabell 7.5 och tabell 7.6).

Tabell 7.4 Andel personer med vissa respektive stora problem med att tvätta sig onödigt mycket, per kön och ålder

Ålder	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	Vissa	Stora	Vissa	Stora	Vissa	Stora
18–29	4	3	4	1	4	2
30–44	2	1	4	1	3	1
45–64	2	2	3	1	2	1
65–90	3	1	3	1	3	1
Totalt	3	1	3	1	3	1

Tabell 7.5 Andel personer med vissa respektive stora problem med att kontrollera till exempel kranar, spis eller lås onödigt mycket, per kön och ålder

Ålder	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	Vissa	Stora	Vissa	Stora	Vissa	Stora
18–29	12	5	13	3	12	4
30–44	11	2	11	1	11	1
45–64	13	2	15	1	14	2
65–90	25	2	19	2	22	2
Totalt	15	3	14	2	15	2

Tabell 7.6 Andel personer med vissa respektive stora problem med påträngande tankar med obehagligt innehåll per kön och ålder

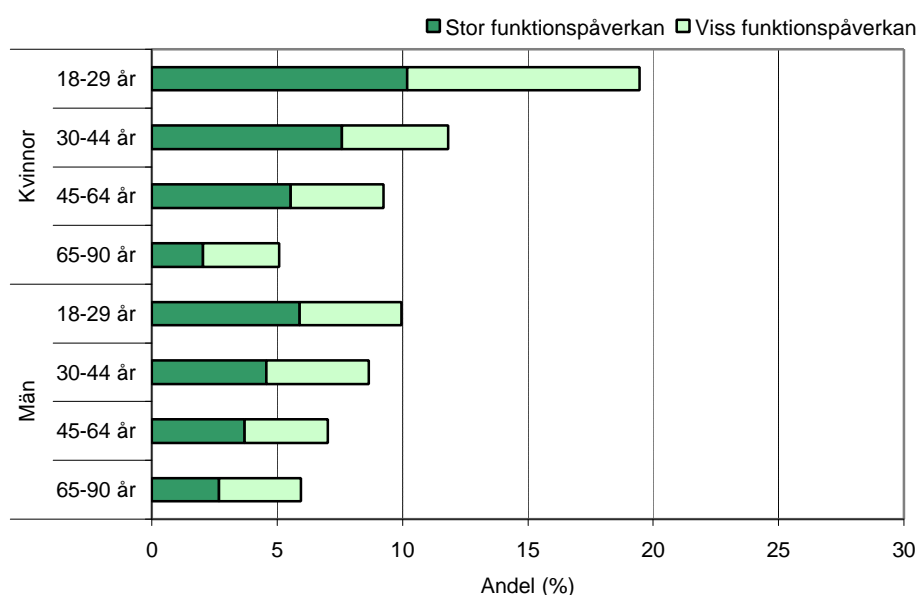
Ålder	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	Vissa	Stora	Vissa	Stora	Vissa	Stora
18–29	25	5	17	1	21	4
30–44	14	3	12	2	13	3
45–64	15	3	12	2	13	2
65–90	18	1	13	3	16	2
Totalt	17	3	13	2	15	2

Män och kvinnor skiljer sig inte nämnvärt åt i fråga om tvättvång. Kvinnor i den äldsta ålderskategorin anger oftare än männen att de har problem med att kontrollera kranar, spis eller lås onödigt mycket. Kvinnor i den yngsta ålderskategorin anger oftare än övriga att de har problem med påträngande tankar med obehagligt innehåll.

Det kan givetvis diskuteras när ett kontrolleringsbehov ska anses vara så svårt att ett tvångssyndrom föreligger. Att man till exempel kontrollerar kranar, spis eller lås onödigt mycket behöver inte anses vara sjukligt, speciellt

inte om man är lite äldre och kanske har lättare för att glömma saker. Det är först när vardagslivet påverkas negativt som ett kontrolleringsbehov kan sägas närma sig eller gå över i ett sjukligt beteende. Ett sådant sjukligt beteende kan kallas för tvångssyndrom

Andelen personer som svarar ja på någon av de tre frågorna och uppger funktionspåverkan av psykiska besvär är totalt nio procent. Andelen med stor funktionspåverkan är sex procent. Tvångsbesvär är vanligast i den yngsta ålderskategorin för att sedan avta med stigande ålder för såväl kvinnor som män (figur 7.4).



Figur 7.4 Andel personer som har problem med tvångsbesvär (tvätttvång, kontrolleringstvång eller påträngande tankar) och som har viss respektive stor funktionspåverkan av psykiska besvär per kön och ålder.

7.6 Spelproblem

Frågorna *Har Du tänkt så mycket på spel (t.ex. trav eller oddset) att Du haft svårt att koncentrera Dig på annat?* och *Har det hänt att Du har spelat bort mycket pengar och sedan försökt vinna tillbaka dem?* används för att mäta förekomsten av spelproblem.

Det är 1,3 procent som uppger problem i viss utsträckning med att ha tänkt så mycket på spel att man haft svårt att koncentrera sig på annat (tabell 7.7) och 1,8 procent som uppger att de har haft vissa problem med att de spelat bort mycket pengar och sedan försökt vinna tillbaka dem (tabell 7.8). Det är lika stor andel som uppger svåra problem på de två frågorna (0,3 %). De grupper med störst andel problem återfinns bland män i åldern 18–44 år.

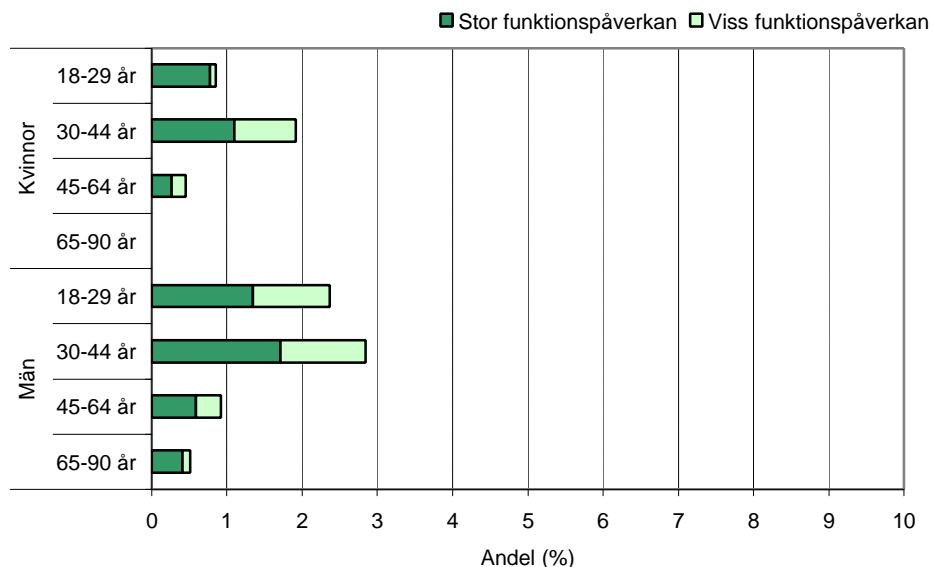
Tabell 7.7 Andel personer med vissa respektive stora problem med påträngande tankar på spel per kön och ålder

<i>Ålder</i>	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	<i>Vissa</i>	<i>Stora</i>	<i>Vissa</i>	<i>Stora</i>	<i>Vissa</i>	<i>Stora</i>
18–29	0,6	0,4	2,3	0,2	1,4	0,3
30–44	0,5	0,3	4,0	0,5	2,1	0,4
45–64	0,3	0,2	1,8	0,6	1,1	0,4
65–90	0,1	0,1	2,0	0,0	1,0	0,1
Totalt	0,4	0,2	2,5	0,4	1,3	0,3

Tabell 7.8 Andel personer med vissa respektive stora problem med att ha spelat bort mycket pengar och sedan försökt vinna tillbaka dem per kön och ålder

<i>Ålder</i>	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	<i>Vissa</i>	<i>Stora</i>	<i>Vissa</i>	<i>Stora</i>	<i>Vissa</i>	<i>Stora</i>
18–29	0,6	0,4	7,9	0,2	3,8	0,3
30–44	1,5	0,2	4,5	1,3	2,9	0,7
45–64	0,3	0,0	1,8	0,4	1,0	0,2
65–90	0,2	0,0	1,0	0,0	0,6	0,0
Totalt	0,6	0,1	3,2	0,5	1,8	0,3

Spelproblem och funktionspåverkan av psykiska besvär har totalt 1,2 procent av befolkningen. De som uppger spelproblem och stor funktionspåverkan är 0,7 procent. Spelproblem i kombination med funktionspåverkan är vanligast hos män i åldrarna 18–44 år, men förekommer också bland kvinnor i dessa åldrar (figur 7.5). Det är betydligt ovanligare med spelproblem i åldrarna 45–90 år.



Figur 7.5 Andel personer som har spelproblem och som har viss respektive stor funktionspåverkan av psykiska besvär per kön och ålder.

7.7 Ätstörningar

De tre frågorna *Har Du tänkt så mycket på mat och kalorier att Du har haft svårt att koncentrera Dig på annat?*, *Har Du känt svår ångest eller panik efter att Du ätit på grund av Din vikt eller kroppsform?* och *Har Du kräkts för att kontrollera Din vikt eller kroppsform eller för att motverka matens inverkan?* används för att mäta förekomsten av ätstörningar. Även om det är tänkbart att kräkning är vanligare hos de som lider av hetsätning (bulimi) görs inget försök att särskilja hetsätning från självsvält (anorexi).

Det är sju procent som uppger att de tänkt så mycket på mat och kalorier att de haft svårt att koncentrera sig på annat i viss utsträckning och cirka en procent i stor utsträckning (tabell 7.9). Något vanligare är att ha känt svår ångest eller panik efter att man ätit, där totalt åtta respektive en procent svarar viss respektive stor utsträckning (tabell 7.10). Dessa frågor behöver inte betyda att personerna lider av ätstörning men det är ändå anmärkningsvärt att en så stor andel som en tredjedel av de unga kvinnorna och en tiondel av de unga männen uppger att de känner svår ångest eller panik efter att de ätit.

Tabell 7.9 Andel personer med vissa respektive stora problem med påträngande tankar om mat och kalorier per kön och ålder

Ålder	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	Vissa	Stora	Vissa	Stora	Vissa	Stora
18–29	19	4	5	<1	13	2
30–44	10	1	4	<1	7	1
45–64	7	1	3	<1	5	<1
65–90	5	<1	2	<1	4	<1
Totalt	10	1	3	<1	7	1

Tabell 7.10 Andel personer med vissa respektive stora problem med svår ångest eller panik efter att man ätit på grund av sin vikt eller kroppsform per kön och ålder

Ålder	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	Vissa	Stora	Vissa	Stora	Vissa	Stora
18–29	24	6	9	1	18	4
30–44	12	2	6	1	9	1
45–64	7	1	4	<1	6	1
65–90	4	<1	2	<1	3	<1
Totalt	11	2	5	<1	8	1

Frågan om man kräcks för att kontrollera sin vikt eller för att motverka matens inverkan talar starkt för att en ätstörning föreligger. Totalt 1,9 procent av kvinnorna uppger att de har kräcks av denna anledning och 0,5 procent av männen (tabell 7.11). Även i denna fråga är andelen bland de yngsta kvinnorna anmärkningsvärt hög. Totalt 6,6 procent av kvinnorna i åldern 18–29 år uppger att de kräcks för att kontrollera sin vikt.

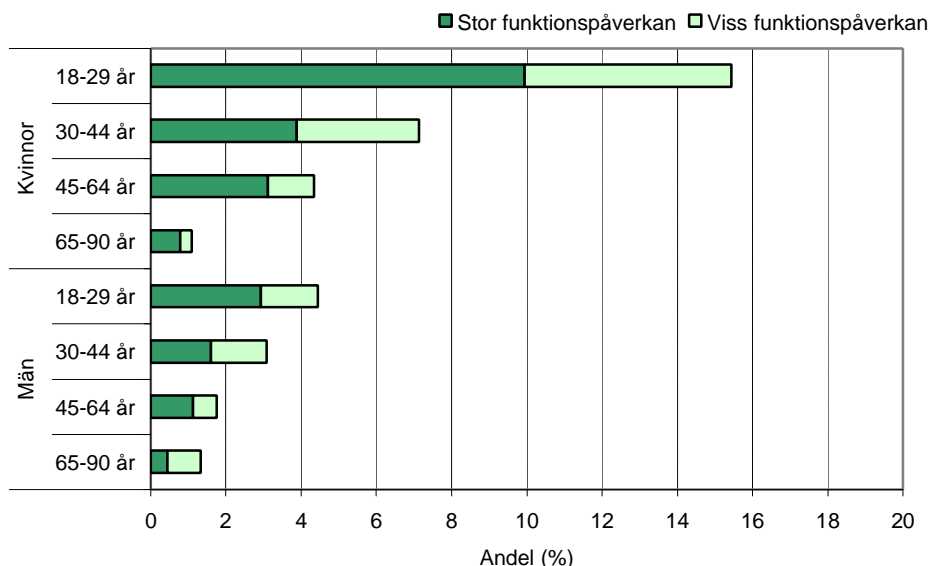
Tabell 7.11 Andel personer med vissa respektive stora problem med att ha kräcks för att kontrollera sin vikt eller kroppsform per kön och ålder

Ålder	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	Vissa	Stora	Vissa	Stora	Vissa	Stora
18–29	5,1	1,5	0,9	0,0	3,2	0,9
30–44	1,6	0,2	0,1	0,3	0,9	0,2
45–64	0,3	0,2	0,4	0,0	0,4	0,1
65–90	0,3	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0
Totalt	1,5	0,4	0,4	0,1	1,0	0,2

Hur man ska tolka ätstörning utan funktionspåverkan är problematiskt, eftersom personer med ätstörning ofta inte är medvetna om problemet. Om en

person med ätstörning får se en bild av sig själv i avmagrat tillstånd, är det inte ovanligt att personen inte upplever att bilden föreställer en synnerligen avmagrad person. I stället upplevs bilden föreställa en person med normal vikt eller till och med en person med övervikt. Detta anses bero på att personer med ätstörning ofta också har störningar i sin varseblivning. Det är således tänkbart att det i gruppen med ätstörningar utan funktionsstörningar döljer sig personer med uttalade ätproblem och viktnedgång. Siffrorna för ätstörning med funktionspåverkan underskattar därför möjligen förekomsten av ätstörningar.

Totalt fyra procent uppger vissa eller stora problem med någon av de tre frågorna och funktionspåverkan av psykiska problem. Cirka 15 procent av kvinnorna i den yngsta ålderskategorin (18–29 år) rapporterar att de har problem med ätstörning och har funktionspåverkan av psykiska besvär (figur 7.6). Andelen med ätstörning är därefter fallande med stigande ålder. Män uppvisar samma fallande mönster, men frekvensen är betydligt lägre.



Figur 7.6 Andel personer som har problem med ätstörningar och som har viss respektive stor funktionspåverkan av psykiska besvär per kön och ålder.

7.8 Enstaka eller flera olika psykiska besvär

Om två specifika diagnoser som till exempel panikångest och depression förekommer hos en och samma person, benämns detta på fackspråk för komorbiditet (samsjuklighet). Det är viktigt att inte enbart studera ett besvär i taget utan också att studera hur hela besvärspanoramat ser ut för olika individer.

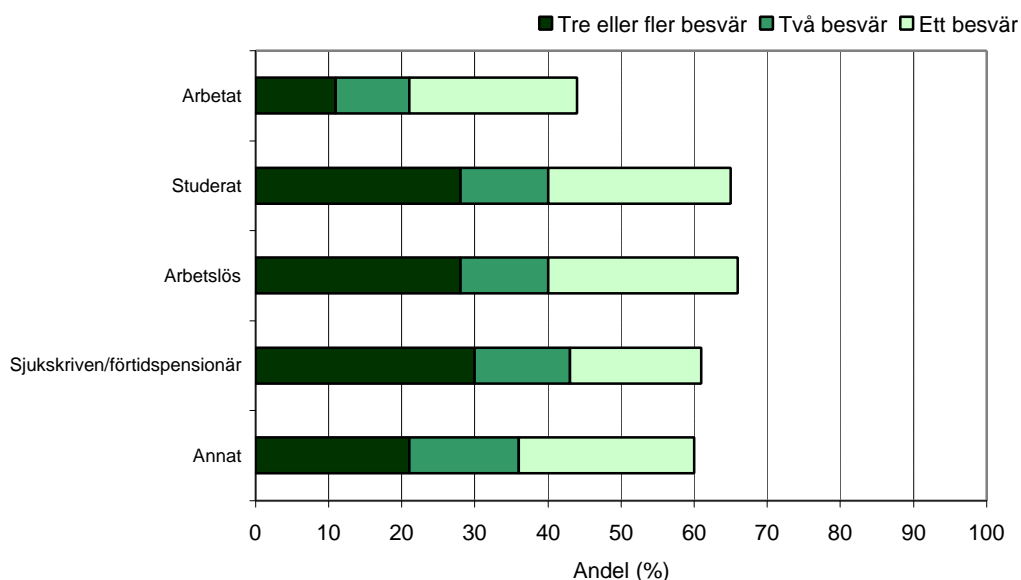
Antal olika besvär

Totalt är det ungefär hälften (51 %) som inte rapporterar något besvär alls (tabell 7.12). Det är fler kvinnor än män som rapporterar minst ett besvär. Kvinnor har också i större utsträckning än män flera olika besvär. Bland kvinnor och män i åldern 18–29 år är skillnaden mycket stor. Endast 27 procent av de unga kvinnorna rapporterar inget besvär alls medan motsvarande siffra för de unga männen är 46 procent.

Tabell 7.12 Andel personer med olika antal vissa eller stora besvär per kön

Antal symtom	Andel kvinnor (%)	Andel män (%)	Andel totalt (%)
Inget	45	58	51
Ett	25	20	23
Två	11	9	10
Tre	6	6	6
Fyra eller fler	12	7	10

Andelen personer med minst ett besvär är över 60 procent bland studerande, arbetslösa och sjukskrivna/förtidspensionärer (figur 7.7). I gruppen som arbetat de senaste fyra veckorna är det 44 procent som har minst ett besvär. Studerande, arbetslösa och sjukskrivna/förtidspensionärer har också i större utsträckning än arbetande tre eller flera olika besvär.

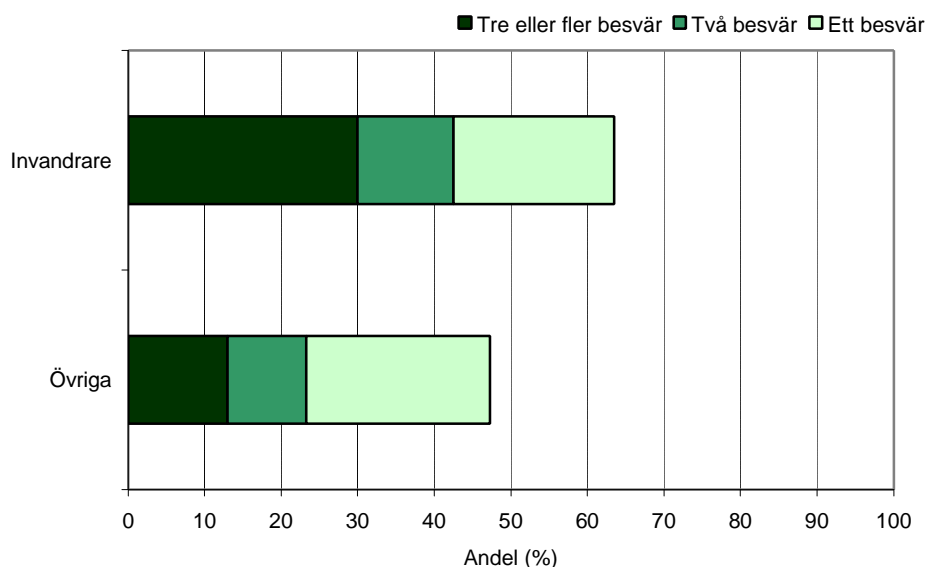


Figur 7.7 Andel personer med ett, två respektive tre eller fler olika besvär i olika sysselsättningsgrupper.

Det är ungefär dubbelt så vanligt med vissa eller stora problem med fobier, depressioner och ätstörningar i grupperna studerande, arbetslösa och sjukskrivna/förtidspensionärer jämfört med de som arbetat. Panikångest är ungefär 2,5 ggr så vanligt i dessa tre grupper jämfört med arbetande. Spelproblem är ungefär dubbelt så vanligt bland sjukskrivna/förtidspensionärer som arbetande.

När det gäller stora besvär är skillnaderna mellan sysselsättningsgrupperna ännu större. Stora besvär med panikångest är till exempel fem gånger så vanligt bland sjukskrivna/förtidspensionärer som bland arbetande.

Bland invandrare är det över 63 procent som har minst ett psykiskt besvär jämfört med 47 procent bland övriga (figur 7.8). Andelen som har tre eller fler besvär är också betydligt fler bland invandrare (30 %) jämfört med övriga (13 %).



Figur 7.8 Andel personer med ett, två respektive tre eller fler olika psykiska besvär bland invandrare och övriga.

De besvär som invandrare rapporterar i större utsträckning än övriga, är framför allt spel (5 gånger så vanligt), panikångest och ätstörningar (2 gånger så vanligt). Det är också vanligare med fobier och tvångsbesvär i stor utsträckning bland invandrare.

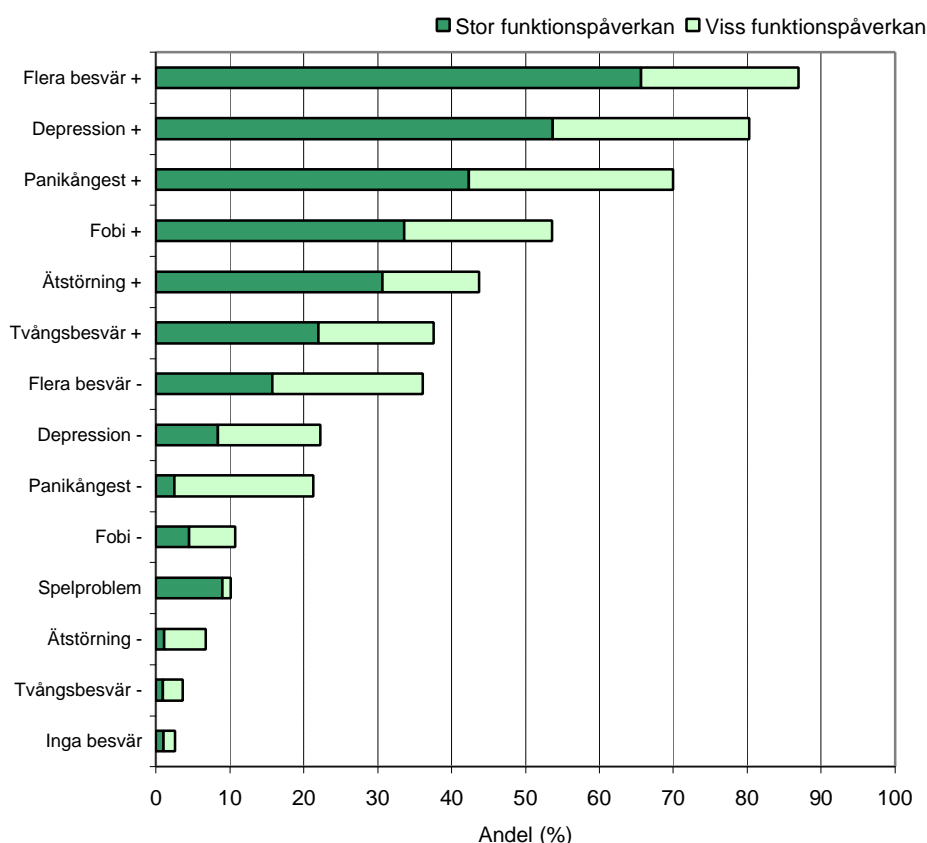
Kombinationer av olika besvär

Eftersom många personer upplever flera olika psykiska besvär är det svårt att studera vilka besvär som upplevs som mest funktionspåverkande eller vilka besvär man söker vård eller inte söker vård för (se kapitel 9.2). För att kunna göra jämförelser kategoriseras personerna efter det besvär de uppper som det största problemet.

En person som endast uppger besvär med fobi i stor utsträckning men eventuellt även uppger andra besvär i viss utsträckning ingår i gruppen Fobi +. En person som uppger fobi i viss utsträckning men inget annat besvär ingår i gruppen Fobi -.

De personer som har flera olika besvär i stor utsträckning ingår i gruppen Flera besvär + medan de som har flera olika besvär i viss utsträckning bildar gruppen Flera besvär -. Spelproblem utgör endast en liten grupp och delas därför inte in i vissa eller stora besvär.

Den besvärsgroup som i störst utsträckning har funktionspåverkan, är inte oväntat gruppen med flera svåra besvär (figur 7.9). I denna grupp är det 87 procent som uppger att de har en funktionspåverkan av psykiska besvär, varav 66 procent har stor funktionspåverkan. Andra besvär som upplevs i stor utsträckning har också en stor andel med funktionspåverkan. De grupper med minst andel personer med funktionspåverkan är de som har problem i viss utsträckning med spel, tvångsbesvär och ätstörningar. I dessa grupper har mindre än tio procent en funktionspåverkan.



Figur 7.9 Andel personer med viss eller stor funktionspåverkan i olika besvärskategorier (+ besvär i stor utsträckning - besvär i viss utsträckning).

7.9 Sammanfattning

- Tabell 7.13 sammanfattar andelen med olika psykiska besvär.

Tabell 7.13 Andel personer med psykiska besvär i viss eller stor utsträckning respektive andelen med besvär och funktionspåverkan

<i>Besvär</i>	<i>Andel med besvär (%)</i>	<i>Andel med besvär och funktionspåverkan (%)</i>
Fobiska besvär	16	8
Återkommande depressioner	26	12
Perioder av ångest och panik	12	8
Tvångsbesvär	29	9
Spelproblem	3	1
Ätstörningar	12	4

- Totalt 51 procent av befolkningen rapporterar inga psykiska besvär alls. Färre kvinnor än män och färre unga jämfört med äldre är besvärsfria.

Kön och ålder

Kvinnor har i större utsträckning än män problem med fobier, depression, panikångest, tvång och ätstörningar. När det gäller spelproblem har män i större utsträckning besvär även om skillnaderna är små. Fler kvinnor än män rapporterar minst ett besvär och uppger dessutom oftare än männen fler olika besvär. Andelen som uppger problem med fobier, depression, panikångest, tvång och ätstörningar minskar med stigande ålder, framför allt hos kvinnorna. Män i åldern 18–44 år uppger att de har spelproblem i större utsträckning än övriga. I ålderskategorin 18–29 år är det enbart 27 procent av kvinnorna som inte uppger något besvär. Motsvarande siffra för männen är 46 procent.

Sysselsättning

Det är minst dubbelt så vanligt med fobier, depressioner, ätstörningar och panikångest i grupperna studerande, arbetslösa och sjukskrivna/förtidspensionärer jämfört med dem som arbetar. Dessa grupper uppger också fler olika besvär jämfört med arbetande.

Invandrare

Invandrare uppger i större utsträckning än övriga fler olika besvär. Dessa besvär är framför allt spelproblem, panikångest och ätstörningar. Det är också vanligare med fobier och tvångsbesvär i stor utsträckning bland invandrare.

8 Bruk och missbruk av beroendeframkallande medel

8.1 Inledning

Människor har använt alkohol och andra beroendeframkallande medel i årtusenden. Gemensamt för dem är att de utgör förrådiska genvägar till hjärnans belöningsystem²⁸. När vi upptäcker dessa genvägar till belöning utan att behöva anstränga oss med produktivt arbete försämras våra livsbetingelser. Därför har bruket varit omgärdat av särskilda normer i de flesta kulturer. Det visar sig såväl i lagar om produktion, försäljning och förskrivning som i religiösa levnadsregler och mer etniskt betingade traditioner. Gemensamt för dessa normer är att de utgör ett skydd för den enskilde mot att bruket övergår i missbruk och beroende.

Alkoholen är den vanligaste varianten av beroendeframkallande medel och har också den längsta traditionen i vårt samhälle. Den är en viktig del i vår matkultur och festtradition. I lagom doser fungerar den som stämningshöjare och socialt smörjmedel, samtidigt finns stora risker för missbruk och beroende.

Begreppen missbruk och beroende används ofta som synonymer i vardagsspråket. Inom forskningen på området har man dock bemödat sig om att använda dem för att tydliggöra olika aspekter av det skadliga bruket av en drog. Missbruk kan ha två betydelser som svarar mot de engelska begreppen *misuse* och *abuse*²⁰. Det första är vidare och betyder ”vanemässig, medicinskt icke motiverad konsumtion av en drog”. Den andra är snävare och innebär ”vanemässig konsumtion som leder till psykiska, somatiska och sociala skador”. Beroende innebär ett förvärrat tillstånd i förhållande till missbruk. Det kännetecknas av både psykiska och fysiologiska reaktioner med ökad tolerans, abstinensbesvär och återställarbehov, merbegär och kontrollförlust.

Lugnande mediciner

Det finns ett flertal olika beroendeframkallande mediciner. Bensodiazepiner (BZ) svarar för drygt hälften av alla lugnande medel och sömnmedel. Enligt Lorentzon²⁹ råder det enighet om att BZ kan skapa såväl vanebildning som beroende och missbruk. Omfattningen av detta i Sverige är dock inte känd. Studier från Tyskland och Schweiz anger 1,1 procent respektive 0,2 procent av rent BZ-beroende²⁰. Det förefaller också vara så att långvarig bensodiazepinkonsumtion är mindre vanlig i Sverige än i andra länder. Sverige har den lägsta förskrivningen bland de nordiska länderna och försäljningen i Norden ligger lägre än övriga Västeuropa och USA²⁹.

Uppgifter från 1990 visar att 140 000 svenskar behandlades regelbundet med BZ med fördelningen två tredjedelar sömnmedel och en tredjedel

lugnande medel. Ottosson ²⁰ påpekar att det är svårt att få en uppfattning om hur många som tar BZ enbart för att de utvecklat ett beroende.

Det finns tydliga köns- och ålderskillnader i BZ-förbrukningen ²⁹. Kvinnor och äldre personer har högst förbrukning av BZ-preparat. Hög ålder, hög dosering och lång behandlingstid ökar också benägenheten att fortsätta användningen efter en tillfällig behandlingsperiod. En studie i Tierp visade att elva procent av befolkningen använde BZ någon gång under ett år. Av dessa fortsatte en tredjedel att använda medlet kontinuerligt under längre tid ²⁹.

Det finns stora geografiska skillnader i förskrivning av lugnande mediciner. Enligt statistik från Landstingsförbundet 2001 låg Östergötland något över medelnivån för riket.

Alkohol

Prevalensen för alkoholmissbruk beräknades till tio procent för män i Lundbystudien 1980 ³⁰. Bland dessa utgjorde de med alkoholberoende minst sex procent. Missbruk utan beroendetecken var vanligast bland de yngre männen medan alkoholberoendet ökade med åldern. Ottosson ²⁰ anger att 10–20 procent av alla män har tecken på alkoholism med högst frekvens i tätorter. Hos kvinnor är frekvensen tre till fem procent. En svensk studie av Bergman och Källmén ¹¹ visar också att 18 procent av männen och 5 procent av kvinnorna har riskabla eller skadliga alkoholvanor enligt screening-instrumentet AUDIT. De jämför sina resultat med andra svenska studier där andelen för män varierar mellan 13 och 18 procent medan andelen bland kvinnor varierar mellan tre och åtta procent.

Bergman och Källmén menar att sensitiviteten för AUDIT är sämre för kvinnor eftersom de är känsligare än män för alkohol och rekommenderas ett lägre dagligt intag. När gränsvärdet för kvinnor i deras studie sänktes med en fjärdedel fördubblades riskgruppen till närmare elva procent. I en nyligen publicerad uppföljande studie visar Bergman och Källmén ³¹ att den manliga riskgruppen ökat till 21 procent och den kvinnliga till 15 procent om det lägre gränsvärdet för kvinnor används.

8.2 Lugnande mediciner

Grad av beroende av lugnande mediciner belyses i denna studie av frågan *Har Du svårt att klara Ditt vanliga liv utan vissa lugnande mediciner?* med svarsalternativen: Nej; Ja, i viss utsträckning och Ja, i stor utsträckning. De två jakande svaren indikerar åtminstone ett visst mått av beroende.

Totalt är det åtta procent som i viss eller stor utsträckning har svårt att klara sig utan lugnande mediciner (tabell 8.1). Det är en klart högre andel än den enstaka procent av renodlat BZ-beroende som redovisats i Tyskland och Schweiz ²⁰ och även högre än Tierpsstudiens nivå på 3–4 procent av kontinuerligt användande ²⁹. Det är därför rimligt att anta att frågan fångar upp

såväl medicinskt motiverad konsumtion som en del missbruk av BZ. Det kan inte heller uteslutas att en del av dem som svarat även inkluderat neuroleptika¹ och SSRI-preparat² när de besvarat frågan.

För övrigt framkommer samma demografiska mönster som i förbrukningen av BZ²⁹. Större andelar bland kvinnor och äldre personer anger svårigheter att klara sig utan lugnande medel. Hos männen ökar de upplevda svårigheterna kontinuerligt med ålder, medan de yngsta kvinnorna ligger högre än förväntat utifrån ålder.

Tabell 8.1 Andel som i viss respektive stor utsträckning har svårt att klara sitt vanliga liv utan lugnande mediciner per kön och ålder

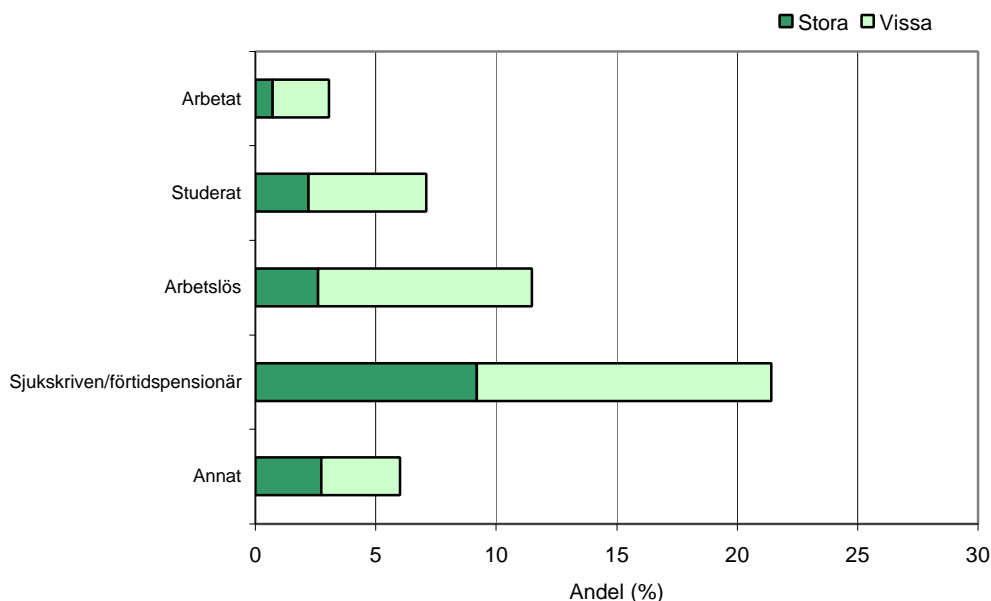
Ålder	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	Viss	Stor	Viss	Stor	Viss	Stor
18–29	3,8	2,4	1,5	2,0	2,8	2,2
30–44	4,4	1,6	3,1	2,3	3,8	1,9
45–64	5,5	2,8	4,3	1,6	4,9	2,2
65–90	11,8	2,6	7,6	2,4	9,9	2,5
Totalt	6,4	2,4	4,4	2,0	5,5	2,2

En uppdelning på sysselsättningsgrupper visar stor variation (figur 8.1). Andelen personer med upplevda svårigheter är störst bland sjukskrivna/förtidspensionerade (22 %). Nästan hälften (43 %) av dessa bedömer dessutom svårigheterna som stora. I övriga sysselsättningsgrupper är det som mest 22 procent av de som upplever problem som anger svårigheterna som stora.

Endast tre procent bland personer i arbete anger att de har svårigheter att klara sig utan lugnande mediciner. Bland de arbetslösa anger nästan fyra gånger så många att de har dessa svårigheter. Det är anmärkningsvärt och innebär antingen att situationen som arbetslös är så pressande att behovet av lugnande medel fyrdubblas eller att personer som av olika anledningar behöver använda lugnande mediciner har större sannolikhet att hamna i arbetslöshet. Det kan naturligtvis också vara en kombination av dessa två förklaringar.

¹ Används vid psykotiska tillstånd men har även en dämpande och lugnande effekt.

² Selektiva serotoninåterupptagshämmare, används mot djupa depressioner, paniksyndrom, tvångssyndrom och social fobi.



Figur 8.1 Andel personer som i viss respektive stor utsträckning har svårt att klara sitt vanliga liv utan lugnande mediciner i olika sysselsättningsgrupper.

Även bland invandrare finns en klart större andel personer (13 %) som anger svårigheter än vad som kan förväntas utifrån den demografiska sammansättningen. En del av resultatet beror antagligen på att invandrare har en högre andel arbetslösa och sjukskrivna/förtidspensionerade.

8.3 Alkohol

I denna studie belyses riskabla eller skadliga alkoholvanor dels genom de tre konsumtionsfrågorna i AUDIT och dels genom en fråga om upplevt beroende av alkohol. De fyra frågorna mäter olika aspekter av riskabla eller skadliga alkoholvanor.

- Intensivdrickande kartläggs med frågan *Hur ofta dricker Du sex glas eller mer vid samma tillfälle?* (fråga 33). En gång i månaden eller oftare bedöms som riskbeteende. Enligt Bergman och Källmén³² är detta den mest effektiva frågan för att identifiera högkonsumenter av alkohol. De menar dock att även denna AUDIT-fråga borde göras könsspecifik och att gränsen för kvinnor borde sättas till fyra glas.
- Veckokonsumtion beräknas genom att kombinera frågan om hur ofta man dricker (fråga 31) med frågan om hur många glas man dricker en typisk dag då man dricker alkohol (fråga 32) enligt en mall som presenterats av Seppä et al.³³. De två frågorna ger en veckokonsumtion i gram per vecka som klassificeras i tre risknivåer utifrån könsspecifika gränsvärden som föreslagits av Rydberg et al.³⁴ (tabell 8.2).

Tabell 8.2 Risknivå utifrån veckokonsumtion ren alkohol i gram

Risknivå	Veckokonsumtion (gram per vecka)	
	Kvinnor	Män
Låg	< 80	< 110
Ökad	80–139	110–169
Skadlig	> 140	> 170

- Beroende av alkohol belyses av frågan *Har Du svårt att klara Ditt vanliga liv utan alkohol?* (fråga 26) med svarsalternativen: Nej; Ja, i viss utsträckning och Ja, i stor utsträckning.

Intensivdrickande

Män har den högsta andelen (17 %) riskpersoner med intensivdrickande minst en gång per månad (tabell 8.3). Den siffran överensstämmer mycket väl med Bergman och Källméns^{31 32} resultat för män (18 respektive 21 %). Andelen kvinnor med intensivdrickande minst en gång per månad (4 %) ligger i närheten av nivån i den första studien (5 %) i vilken, precis som i denna studie, samma gränsvärde tillämpades för kvinnor och män¹¹. Andelen med riskfyllt intensivdrickande minskar successivt från 23 procent bland de yngsta (18–29 år) till tre procent bland de äldsta (65–90 år) på samma sätt som i Bergman och Källméns³² studier. Resultatet stödjer Bergman och Källméns uppfattning att frågan om intensivkonsumtion kan fungera som ett enkelt och bra mått på andelen högkonsumenter av alkohol, i till exempel större befolkningsstudier.

Tabell 8.3 Andel personer med riskfyllt intensivdrickande (sex glas eller fler) per kön och ålder

Ålder	Andel kvinnor (%)	Andel män (%)	Andel totalt (%)
18–29	13	38	23
30–44	3	20	11
45–64	2	13	8
65–90	<1	6	3
Totalt	4	17	10

Det finns tydliga könsskillnader i hur riskkonsumtionen varierar i olika åldrar. Mer än en tredjedel (38 %) av de yngsta männen intensivdricker på risknivå. Andelen nästan halveras i ålderskategorin 30–44 år (20 %) och minskar sedan ytterligare med ökande ålder. Bland kvinnorna dominerar den yngsta gruppen betydligt mer i förhållande till de äldre. Andelen riskpersoner i den näst yngsta ålderskategorin minskar till mindre än en fjärdedel av andelen i den yngsta gruppen. Om gränsen för riskkonsumtion för kvinnor hade varit fyra glas, i stället för sex glas som för männen, skulle fler kvinnor bli klassificerade som riskfyllt intensivdrickande.

Ungdomarnas intensivdrickande märks även i resultaten för olika sysselsättningsgrupper. Var fjärde studerande ligger på risknivå (26 %) medan endast var tionde arbetande (11 %) eller arbetslös (12 %) gör det. Bland sjukskrivna/förtidspensionerade är nivån ännu lägre (7 %) vilket även det återspeglar den tydliga åldersvariationen.

Invandrare har en lägre andel personer med riskfyllt intensivdrickande (7 %) än genomsnittet (10 %) vilket delvis kan förklaras av den låga svarsfrekvensen bland yngre personer.

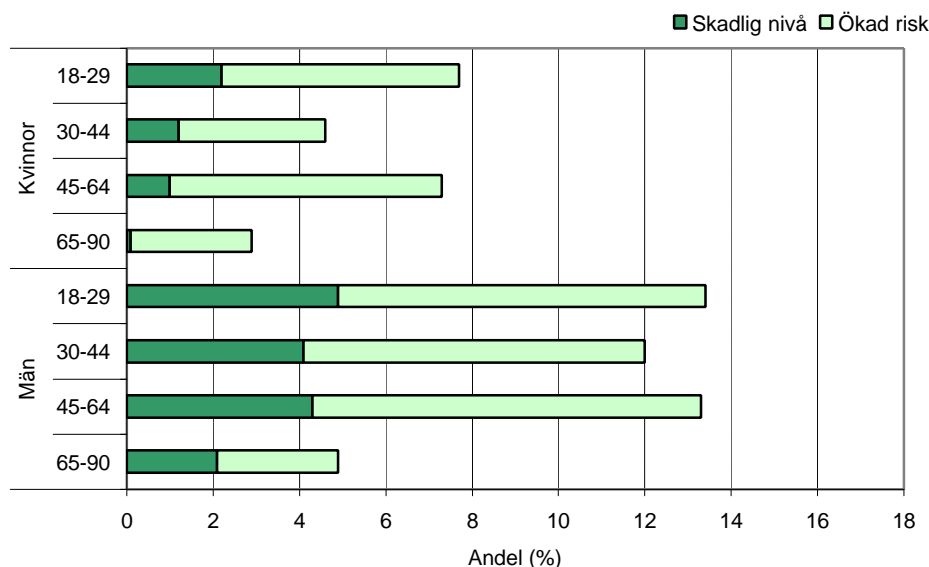
Veckokonsumtion

Andelen män med risknivå beräknad på veckokonsumtionen (tabell 8.4) är lägre än andelen med risknivå beräknad på intensivkonsumtionen (11 % mot 17 %). Kvinnorna har en högre andel (6 %) vilket beror på att könsspecifika gränsvärden används i detta mått. Andelen riskpersoner är alltså dubbelt så stor bland männen som bland kvinnorna. Detta överensstämmer väl med Bergman och Källméns senaste studie, där andelen riskpersoner var 15 procent bland männen och sju procent bland kvinnorna ³¹.

Tabell 8.4 Andel personer som har ökad risk respektive skadlig nivå beräknad på veckokonsumtionen per kön och ålder

Ålder	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	Ökad risk	Skadlig nivå	Ökad risk	Skadlig nivå	Ökad risk	Skadlig nivå
18–29	5,5	2,2	8,5	4,9	6,8	3,4
30–44	3,4	1,2	7,9	4,1	5,5	2,5
45–64	6,3	1,0	9,0	4,3	7,6	2,6
65–90	2,8	0,1	2,8	2,1	2,8	1,0
Totalt	4,6	1,0	7,1	3,8	5,7	2,3

Åldersvariationen för risknivå beräknad på veckokonsumtion (figur 8.2) skiljer sig påtagligt från den som beräknats på intensivkonsumtionen. Det sker ingen kontinuerlig minskning med ålder utan andelen personer med risknivå i ålderskategorin 45–64 år är nästan samma som i den yngsta gruppen. I åldern 30–44 år, då många bildar familj och är småbarnsföräldrar, är det en lägre andel personer med risknivå. Mönstret är likartat för båda könen, även om nedgången i åldern 30–44 år är större hos kvinnorna. Denna effekt är dock delvis förväntad med tanke på den alltmer spridda medvetenheten om riskerna med alkohol i samband med graviditet och amning. Även om andelen kvinnor med risknivå i åldern 30–44 år är relativt låg visar Bergman och Källméns ³¹ longitudinella studie att kvinnor i åldern 28–38 år är den grupp som ökat sitt drickande mest av alla under de senaste åren.



Figur 8.2 Andel personer med riskfylld veckokonsumtion (ökad risk eller skadlig nivå), per kön och ålder.

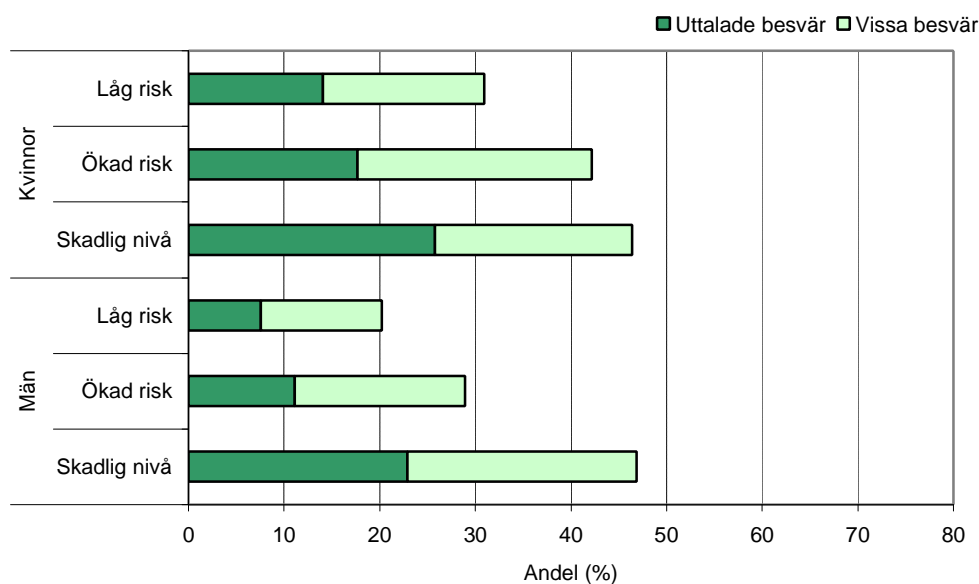
Andel personer med riskfylld veckokonsumtion visar inte lika stora skillnader mellan olika sysselsättningsgrupper som intensivkonsumtionen. Studerande har en något högre andel riskpersoner (11 %) än arbetande (9 %), arbetslösa (8 %) och sjukskrivna/förtidspensionerade (8 %).

Andelen invandrare med risknivå är fyra procent jämfört med åtta i hela befolkningen. Det är större skillnad mellan invandrare och övriga för veckokonsumtion än för intensivkonsumtion. Även här kan den låga svarsandelen bland yngre personer påverka resultatet.

Det finns samband mellan grad av riskfylld veckokonsumtion och specifika psykiska besvär (fråga 26). Bland personer med den lägsta konsumtionsnivån angav 48 procent något av besvaren fobi, depression, panikångest, tvång, spelproblem eller ätstörning. Motsvarande andelar bland personer med ökad risk och skadlig nivå var 55 respektive 72 procent. Endast drygt en fjärdedel av dem med hög alkoholkonsumtion var helt fria från andra besvär. De vanligaste psykiska symtomen bland personer med hög alkoholkonsumtion var spelproblem, tvång och upplevt beroende av lugnande mediciner. Att sambandet mellan alkoholkonsumtion och andra psykiska besvär kan se olika ut framgår av de öppna frågorna. Det finns både personer som uppger alkohol som orsak till andra psykiska besvär och personer som beskriver alkohol som ett sätt att hantera sina psykiska besvär.

En större andel bland dem med ökad eller skadlig alkoholkonsumtion uppger lindriga eller uttalade psykiska besvär mätt med MH (figur 8.3). Mönstret är speciellt tydligt bland männen. Andelen män med lindriga eller uttala-

de psykiska besvär är mer än dubbelt så hög bland dem med skadlig riskkonsumtion jämfört med dem med låg riskkonsumtion.



Figur 8.3 Andel personer med vissa eller uttalade psykiska besvär (MH) i olika riskkonsumtionsgrupper per kön.

Beroende

Frågan om upplevt beroende ger som förväntat den lägsta andelen riskpersoner. Sju procent av männen och tre procent av kvinnorna medger att de har svårigheter att klara sitt vanliga liv utan alkohol (tabell 8.5). Andelarna ligger på samma nivå som Ottosson²⁰ och Lundbystudien³⁰ anger för alkoholberoende.

Tabell 8.5 Andel personer som har vissa respektive stora problem med att klara sitt vanliga liv utan alkohol per kön och ålder

Ålder	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	Vissa	Stora	Vissa	Stora	Vissa	Stora
18–29	2,6	0,0	6,8	0,6	4,5	0,3
30–44	1,1	1,3	5,8	1,0	3,3	1,1
45–64	1,6	0,5	8,2	1,0	4,8	0,7
65–90	1,5	2,4	3,3	1,2	2,3	1,8
Totalt	1,6	1,1	6,1	1,0	3,7	1,0

Variationen mellan olika ålderskategorier i fråga om upplevt beroende skiljer sig tydligt från konsumtionsvariablerna och då särskilt från intensivdrickandet. Som förväntat dominerar ålderskategorin 45–64 år, men den yngsta gruppen kommer inte långt efter. I Lundbystudien³⁰ konstaterades att missbruk utan beroendetecken var vanligast bland 20-åringar medan an-

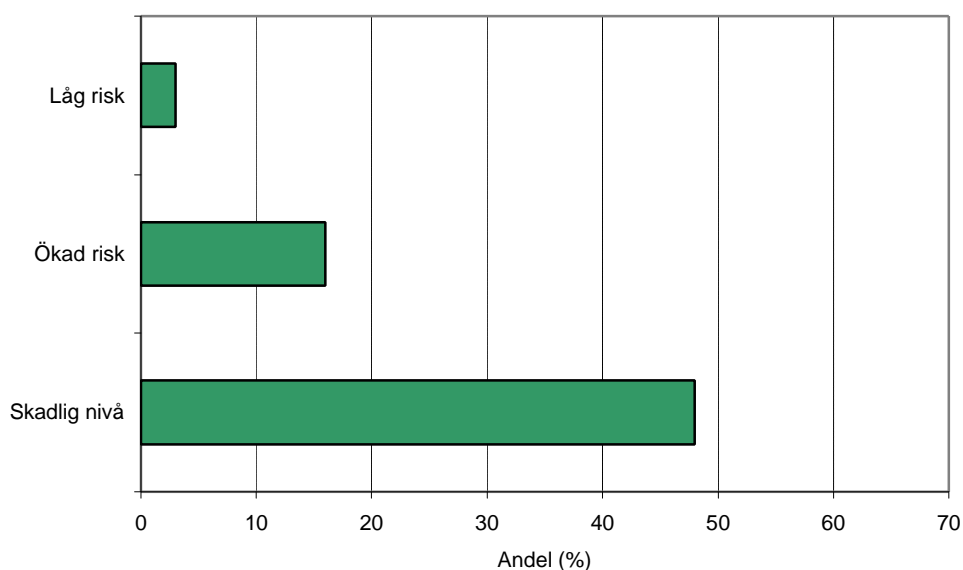
delen alkoholberoende ökade med åldern. Våra resultat visar att de unga, förutom en mycket hög andel med riskfylld intensivkonsumtion, även till betydande del anger att man har svårigheter att klara sitt vanliga liv utan alkohol. Det är möjligt att de ungas svar i större utsträckning enbart återspeglar ett psykiskt beroende och att man med stigande ålder lägger in mer av fysiologiskt beroende med toleransökning och abstinensbesvär i svaren. Det är ändå anmärkningsvärt att det inte kommer fram en kontinuerlig ökning med ålder, utan att upplevt beroende snarare minskar med ålder i spannet 18–44 år för män och 18–64 år för kvinnor.

Tabell 8.5 visar också att en hel del av kvinnorna med upplevt beroende svarar att det innebär stora problem. En mycket större andel av männen väljer svarsalternativet vissa problem. Andelen med stora problem är särskilt dominerande i den äldsta ålderskategorin bland kvinnorna. Resultaten kan tyda på att kvinnor med alkoholproblem har en mer utsatt position än män.

En liknande diskrepans mellan upplevt beroende och konsumtionsnivå kommer fram i invandrargruppen. Så många som åtta procent anger svårigheter att klara sitt vanliga liv utan alkohol trots att konsumtionsnivån ligger klart under genomsnittet. Den låga svarsandelen bland yngre personer kan dock ha påverkat resultatet.

En uppdelning på sysselsättningsgrupper visar att studerande, arbetslösa och sjukskrivna/förtidspensionerade har ungefär samma andel med upplevt beroende (6–7 %) medan arbetande anger en lägre nivå (4 %).

Om frågan om upplevt beroende jämförs med den rapporterade veckokonsumtionen framkommer ett mycket starkt samband (figur 8.4).



Figur 8.4 Andel personer som har vissa eller stora problem att klara sitt vanliga liv utan alkohol i olika riskkonsumtionsgrupper.

Andelen personer som upplever beroende ökar kontinuerligt från några få procent bland dem med konsumtion på låg risknivå till närmare hälften bland dem med skadlig konsumtionsnivå. Av dem som inte upplever beroende har endast fem procent rapporterat veckokonsumtion på ökad risknivå och en procent på skadlig nivå. Det visar att det finns en god överensstämmelse i svarsmönstren.

Med stor säkerhet finns det en grupp alkoholberoende som antingen inte besvarat frågeformuläret eller inte medger beroende. Det är ändå viktigt att ta fasta på att en så stor grupp ändå tillstår problem inom detta tabubelagda område. Det innebär att det finns förutsättningar för att dessa personer så småningom söker hjälp och förändrar sin situation. En studie från Östergötland³⁵ visar att alkohol är det mest förbisedda området när det gäller rådgivning om livsstil i primärvården. Endast fem procent av patienter som besökt läkare på vårdcentral rapporterade att de fått råd om alkohol. Eftersom personer som dricker för mycket och upplever problem med sitt drickande med stor sannolikhet är överrepresenterade bland primärvårdspatienter, innebär detta en klart underdimensionerad insats. Alkohol var också det livsstilsområde där patienternas egna förväntningar om rådgivning blev minst tillgodosedda. Andra studier har visat att till och med om man tar upp sin oro i en vårdssituation så kan man mötas av bagatelliseringar och lugnande besked³⁶.

8.4 Narkotika

Frågan *Har Du svårt att klara Ditt vanliga liv utan vissa narkotikapreparat* med svarsalternativen: Nej; Ja, i viss utsträckning och Ja, i stor utsträckning användes för att mäta förekomsten av självskattat missbruk av narkotika.

Bland elever i årskurs nio år 1997 uppgav sju procent av flickorna och åtta procent av pojkarna att de någon gång hade provat narkotika. Bland mönstrande var motsvarande andel 15 procent²⁰. När det gäller gruppen tungt missbruk, injektionsmissbruk och dagligt intagande av narkotika, beräknades 1992 antalet tunga missbrukare till 17 000. Gruppen tunga missbrukare nås sannolikt inte med en enkätstudie, varför denna studie inte kan anses ge en bild av förekomsten av tungt missbruk.

En mycket liten andel (1,5 %) svarar ja och variationen mellan kön och ålderskategorier är också obetydlig. Möjligen kan noteras att de yngsta har den lägsta andelen (0,5 %) och de äldsta den största (1,9 %).

Uppdelningen på sysselsättningsgrupper ger ungefär samma profil som för lugnande mediciner. Arbetande ligger under genomsnittet (0,5 %) medan studerande (2,1 %) ligger över och sjukskrivna och förtidspensionerade betydligt över (4,4 %). De arbetslösa avviker dock från tidigare resultatet genom en låg andel (0,7 %).

Även analysen av invandrarnas svar visar en mycket hög nivå (4 %) på samma sätt som skattningen av lugnande mediciner. Likheten i svarsmodellen mellan narkotika och lugnande mediciner för sjukskrivna/förtidspensionärer och invandrare kan bero på att en del har inkluderat legalt förskrivna psykofarmaka i sina svar och att just dessa gruppers generellt högre läkemedelskonsumtionen ger utslag.

8.5 Sammanfattning

Lugnande mediciner

- Totalt åtta procent upplever att de har svårigheter att klara sitt vanliga liv utan lugnande mediciner.

Kön och ålder

En större andel kvinnor än män anger svårigheter att klara sig utan lugnande mediciner. Andelen med beroende ökar gradvis med åldern. Bland de äldsta är andelen mer än dubbelt så stor som bland de yngre. De yngsta kvinnorna har dock en något högre andel än förväntat utifrån ålder.

Invandrare

Invandrare rapporterar oftare än övriga att de har problem med beroende av lugnande mediciner.

Sysselsättning

Det rapporterade beroendet av lugnande mediciner är högst bland sjukskrivna/förtidspensionerade. Även arbetslösa ligger över genomsnittet. Studerande ligger på ungefär samma nivå som hela populationen medan arbetande rapporterar beroende i liten omfattning. Andelen med beroende bland arbetslösa är fyra gånger högre än bland personer i arbete.

Alkohol

- Riskfyllt intensivdrickande rapporteras av tio procent av de tillfrågade.
- Totalt åtta procent anger en veckokonsumtion som ligger på riskabel eller skadlig nivå.
- Totalt fem procent upplever att de har svårt att klara av sitt vanliga liv utan alkohol.

Kön och ålder

Männen har en generellt högre alkoholkonsumtion än kvinnorna. Andelen med riskabel eller skadlig veckokonsumtion är dubbelt så hög som bland kvinnorna. Andelen män med upplevt beroende är nästan tre gånger högre än bland kvinnorna. Riskfyllt intensivdrickande är vanligast bland de yngsta och avtar sedan successivt med åldern. Andelen med riskabel eller skadlig veckokonsumtion minskar också efter en hög nivå bland de yngsta men återgår sedan till en högre nivå i medelåldern. Även beträffande upplevt beroende sker en viss nedgång i yngre medelåldern medan de högsta andelarna nås bland medelålders män och äldre kvinnor.

Invandrare

När det gäller intensivdrickande och veckokonsumtion är andelen riskpersoner bland invandrare klart lägre än bland övriga. Däremot anger en högre andel att de har svårt att klara av sitt vanliga liv utan alkohol.

Sysselsättning

Bland studerande ligger andelen riskpersoner mycket över genomsnittet när det gäller riskfyllt intensivdrickande och något över genomsnittet i fråga om veckokonsumtion. Övriga grupper avviker inte nämnvärt från genomsnittet.

9 Sjukvård och egenvård av psykiska besvär

9.1 Inledning

Omkring en tredjedel av alla patienter som söker primärvården, gör det på grund av psykiska eller psykosociala problem³⁷. De dominerande kontaktorsakerna utgörs av kroppsliga problem men ofta är dessa också relaterade till psykosociala problem. Omkring tio procent av dem som söker får en psykiatrisk diagnos av allvarligare art. Den andel som söker för mer specifika psykiska besvär är svårare att mäta eftersom öppenvårdens sjukdomsklassifikation inte omfattar sådana besvär. Måttet blir också osäkert på grund av att vissa vårdgivare endast anger en diagnos i patientregistreringen även om patienten söker för flera olika besvär.

Sjukvård

Som helhet har läkemedelskostnadernas andel av landstingens sjukvårdskostnader i Sverige nästan fördubblats under en tio-årsperiod. År 1990 räknade man med att 8,5 procent av landstingens kostnader utgjordes av läkemedel jämfört med 15,4 procent år 2002. Under år 2002 uppgick den totala kostnaden för läkemedel expedierade på recept (kostnaden för läkemedelsförmånen och egenavgiften för patienterna) till 24,1 miljarder kronor i hela landet¹⁵.

Läkemedel mot sjukdomar i centrala nervsystemet utgör den största andelen (18 %) av den totala läkemedelskostnaden. Den mest kostsamma gruppen inom detta område är läkemedel mot depression. Kostnaden för antidepressiva läkemedel har ökat under hela 1990-talet och var 55 miljoner kronor högre år 2002 jämfört med år 2001. Den nuvarande försäljningen motsvarar samma mängd som skulle behövas om sex procent av befolkningen dagligen använder antidepressiva läkemedel¹⁵.

Läkemedelskostnaderna för Landstinget i Östergötland uppgick till cirka 68 miljoner kronor år 2002, en ökning med tio miljoner sedan år 2000. Det föreligger stora skillnader i läkemedelskostnader för olika landsting. Östergötland ligger på elfte plats i riket när det gäller läkemedelskostnad per capita³⁸.

Psykoterapi innebär behandling med psykologiska metoder. Behandlingen är avsedd att påverka psykiska symtom och personlighetsstörningar. Syftet är att ge personen större självkänedom samt att hitta alternativa sätt att se på sin omgivning. Genom detta kan individen bli medveten om problemen och hantera dem på ett rationellt sätt. Terapin kan ske individuellt eller i grupp och är beroende av ett gott samarbete mellan patient och terapeut²⁰.

Yngre personer bedömer överlag den vård man erhållit på vårdcentralerna i länet mer negativt än andra ålderskategorier³⁹. Personer över 64 år är de som är mest nöjda. I den enkät landstinget gjorde år 2000 angående öppen

sjukhusvård, uppgav ungefär 70 procent av de svarande att de var nöjda med sina besök ⁴⁰. I motsvarande studie av personer som sökt primärvård i Östergötland år 2000 uppgav 84 procent att de var nöjda med den vård de fått. Yngre män var mest missnöjda ⁴¹.

Egenvård

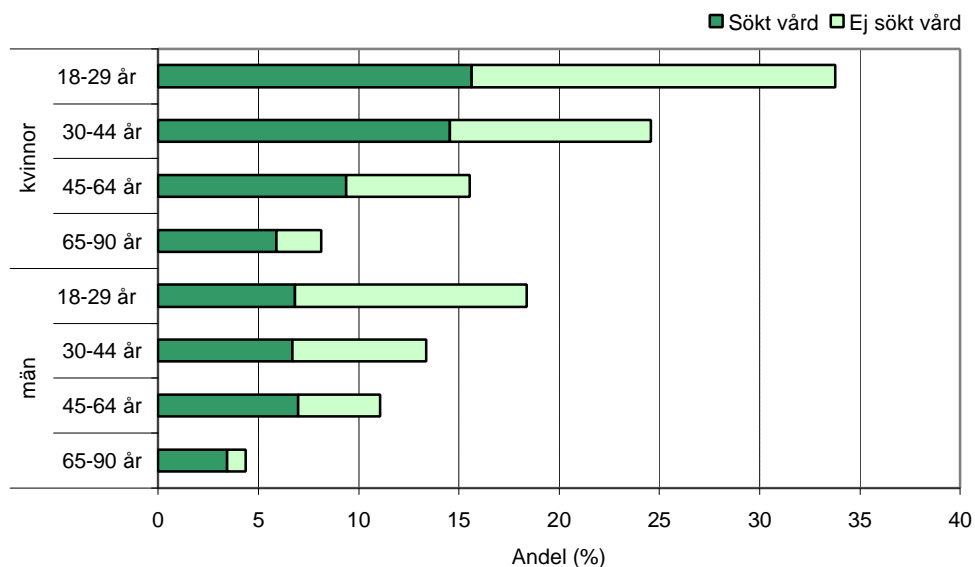
Inom medicinen studerar man vanligtvis faktorer som orsakar sjukdom medan friskfaktorer har studerats i mindre utsträckning. Förmågan att klara av stora påfrestningar har studerats av Antonovsky ⁴². Människor som har en stark känsla av sammanhang och förmåga att känna hopp i svåra situationer, klarar stora påfrestningar bättre än andra. Vidare anser Antonovsky att personer som klarar av svåra situationer ofta använder flera olika strategier och har en förmåga att använda den strategi som är mest effektiv i en viss situation.

Sociala nätverk beskrivs som individers relation till sin omgivning och att ingå i sådana anses främjande för hälsan ⁴³. Ur nätverk kan man hämta stöd och social förankring i utsatta situationer. Det kan vara genom familjen eller nära vänner men även gemenskap i intresseföreningar och religiösa samfund har visat sig vara positivt ur hälsosynpunkt. Bristande socialt stöd är förenat med ökade risker för sjukdom och död bland män. För kvinnor ses en koppling mellan socialt stöd och hälsoutveckling i stort, speciellt när det gäller den självrapporterade hälsan.

9.2 Vårdbehov

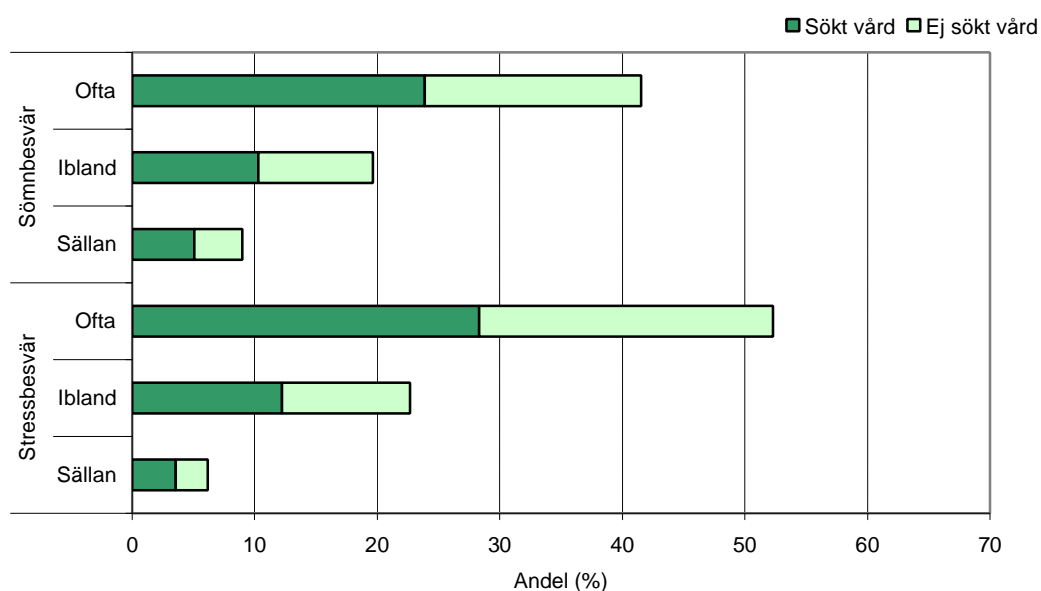
Vårdbehov i olika grupper

Det är ungefär 16 procent som har haft ett självupplevt vårdbehov för psykiska besvär under de senaste tolv månaderna, antingen genom att de har sökt hjälp (9 %) eller att de känt behov av att söka hjälp men ändå inte gjort det (7 %). Kvinnor uppger ett större vårdbehov än män (figur 9.1). Totalt är det 19 procent av kvinnorna och 11 procent av männen som har haft ett vårdbehov under de senaste tolv månaderna. Det är kvinnor i åldern 18–44 år som har det största vårdbehovet. Över en tredjedel av de yngsta kvinnorna anser sig ha ett vårdbehov (34 %). Bland männen finns den största andelen med ett upplevt vårdbehov också i den yngsta ålderskategorin (18 %). Invandrare är en annan grupp där många har haft ett vårdbehov under de senaste tolv månaderna (23 %). I olika sysselsättningsgrupper är det fler som upplever ett vårdbehov bland studerande, arbetslösa och sjukskrivna/förtidspensionärer jämfört med de som arbetar.



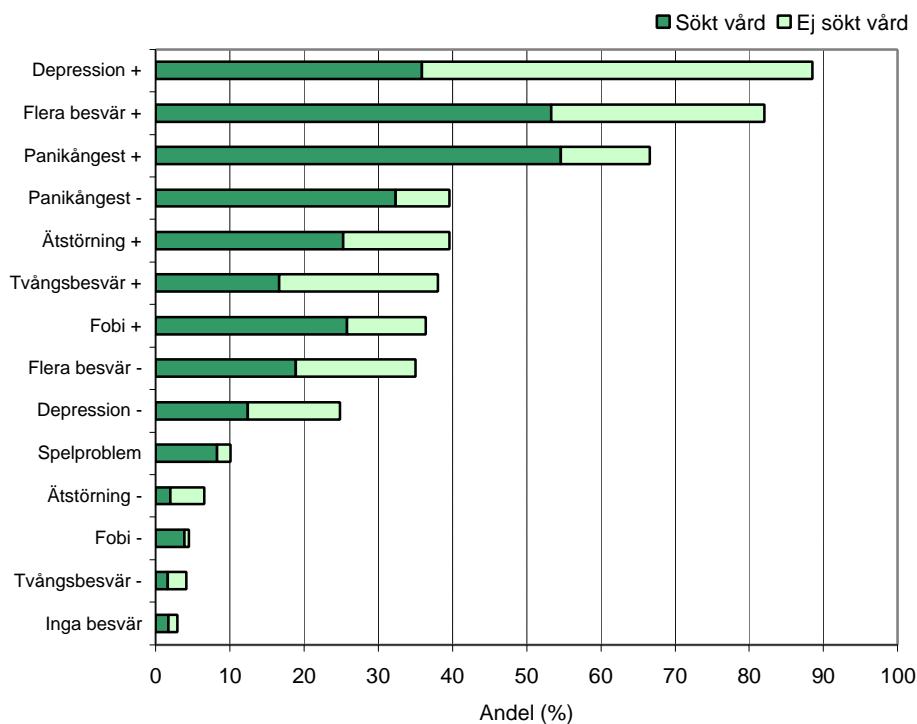
Figur 9.1 Andel personer med självupplevt vårdbehov som sökt respektive inte sökt vård per kön och ålder.

Ungefär 42 procent av dem som ofta har haft sömnbesvär de senaste fyra veckorna har upplevt behov av att söka vård för psykiska besvär under de senaste tolv månaderna (figur 9.2). Bland dem som ofta känt sig spända eller stressade är det 52 procent som känt behov av att söka vård. Såväl sömnbesvär som stress förekommer ofta tillsammans med andra psykiska besvär vilket gör det svårt att bedöma vilka personer som söker för renodlade sömn- respektive stressproblem.



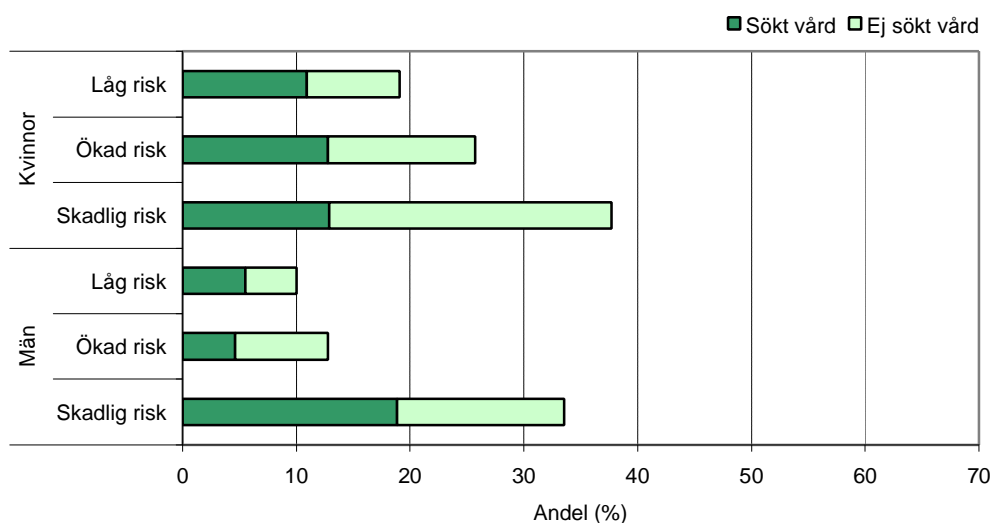
Figur 9.2 Andel personer med självupplevt vårdbehov som sökt respektive inte sökt vård i grupper med olika omfattning av sömn- och stressbesvär.

Störst andel med upplevt vårdbehov bland personer med specifika psykiska besvär, har de som uppger problem i stor utsträckning med återkommande depressioner, flera olika besvär eller panikångest (figur 9.3). Nästan 90 procent av de personer som har stora problem med återkommande depressioner har upplevt ett vårdbehov under de senaste tolv månaderna.



Figur 9.3 Andel personer med självupplevt vårdbehov som sökt respektive inte sökt vård i olika besvärskategorier (+ besvär i stor utsträckning - besvär i viss utsträckning).

Bland personer med skadlig riskkonsumtion av alkohol är det 35 procent som upplevt ett vårdbehov för psykiska besvär (figur 9.4). Det är dock osäkert om personer som skulle vilja söka vård för sitt alkoholberoende skriver att de haft behov av att söka vård för psykiska besvär.



Figur 9.4 Andel personer med självupplevt vårdbehov som sökt respektive inte sökt vård i olika alkoholkonsumtionsgrupper.

Tillgodosedda och dolda kontaktbehov

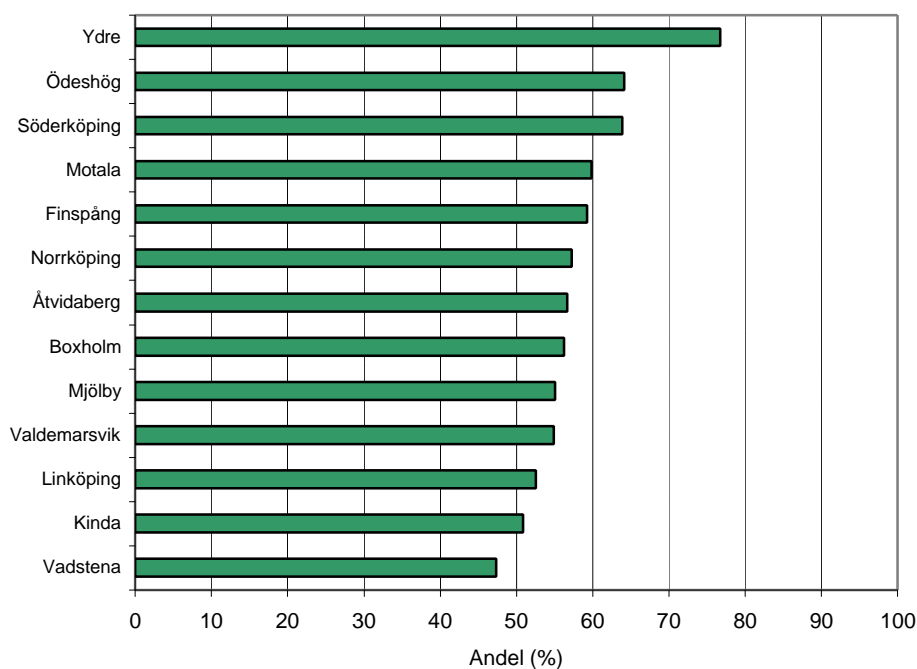
Totalt är det 56 procent av dem som upplever ett vårdbehov som har ett tillgodosett kontaktbehov, det vill säga att de under de senaste 12 månaderna sökt hjälp för psykiska besvär (tabell 9.1). Det betyder att av det totala kontaktbehovet i befolkningen är det 44 procent som är dolt.

Det finns stora skillnader mellan olika ålderskategorier. I den yngsta ålderskategorin är det endast 46 procent av kvinnorna och 37 procent av männen som har ett tillgodosett kontaktbehov. Majoriteten av vårdbehovet för dessa grupper är ett dolt vårdbehov, det vill säga att de inte sökt hjälp för sina besvär. Andelen med tillgodosett kontaktbehov ökar med stigande ålder för både kvinnor och män. Även bland invandrare finns ett stort dolt vårdbehov. Totalt 47 procent av de invandrare som upplever ett vårdbehov har ett tillgodosett kontaktbehov.

Tabell 9.1 Andel personer med tillgodosett kontaktbehov bland dem som har känt behov att söka hjälp under de senaste tolv månaderna per kön och ålder

	Andel med tillgodosett kontaktbehov (%)		
	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Totalt</i>
18–29 år	46	37	44
30–44 år	59	50	56
45–64 år	60	63	61
65–90 år	72	78	74
Totalt	57	54	56

Det finns skillnader mellan olika kommuner gällande tillfredställt kontaktbehov. Störst andel med tillfredställt kontaktbehov har Ydre, Ödeshög och Söderköping (figur 9.5). Lägst andel har Vadstena, Kinda och Linköping där endast ungefär hälften av personerna som haft ett vårdbehov också har sökt vård. Linköpings låga siffra beror till viss del på att kommunen har många unga som söker vård i mindre utsträckning än andra. Om materialet åldersstandardiseras så att alla kommuner har samma andel personer i olika ålderskategorier är det Ödeshög, Motala, Söderköping och Ydre som har de största andelarna med tillgodosett kontaktbehov medan Boxholm, Vadstena och Kinda har de lägsta andelarna.



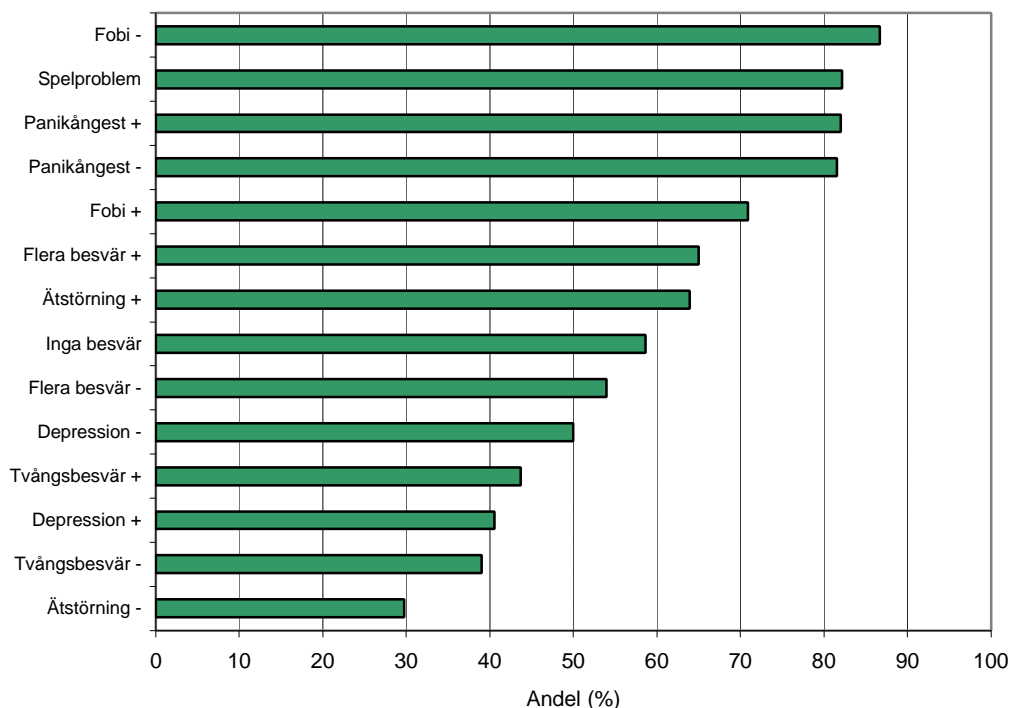
Figur 9.5 Andel personer med tillfredställt kontaktbehov bland dem som har känt behov av att söka hjälp under de senaste tolv månaderna per kommun.

Ungefär hälften av dem med sömn- eller stressproblem som känt behov av att söka hjälp har ett tillgodosett kontaktbehov. Bland de specifika psykiska besvären har personer med panikångest den största andelen med tillgodosett kontaktbehov. Det största dolda vårdbehovet finns bland personer med ätstörningar och spelproblem.

Bland besvär som upplevs i stor utsträckning är det framför allt personer med depression och tvångsbesvär som har ett stort dolt vårdbehov (figur 9.6). I dessa grupper är det färre än hälften som har ett tillgodosett vårdbehov. Att just dessa besvärsgupper har en låg andel som söker vård skulle kunna bero på att besvärens natur gör det svårt att söka vård. Vid depression

förlorar många sin initiativförmåga och vid svåra tvångsbesvär kan det vara komplicerat att söka vård.

Om alla som upplever ett vårdbehov också sökte vård skulle det framför allt behövas mer vård för personer med flera olika symtom och för personer som uppger att de i stor utsträckning har problem med återkommande depressioner eller tvångsbesvär.



Figur 9.6 Andel personer med tillfredsställt kontaktbehov bland dem som har känt behov av att söka hjälp under de senaste tolv månaderna i olika besvärskategorier (+ besvär i stor utsträckning - besvär i viss utsträckning).

Av de personer med skadlig alkoholkonsumtion som upplevt ett vårdbehov för psykiska besvär är det ungefär hälften som har ett tillgodosett kontaktbehov.

Vad avgör om människor söker vård?

De personer som haft ett vårdbehov under de senaste tolv månaderna skattar sitt psykiska välbefinnande (MH) ungefär lika högt oavsett om de sökt vård eller inte (tabell 9.2). Bland personer som inte har sökt vård är det till och med en större andel än bland dem som sökt vård som har uttalade psykiska besvär. Eftersom MH gäller de senaste fyra veckorna kan det naturligtvis vara så att personer som sökt vård under det senaste året fått hjälp och därför mår bättre. Det finns även personer som inte sökt vård för att besvären gick

över som också med stor säkerhet har skattat sin psykiska hälsa bättre än de med pågående psykiska besvär. Trots ett visst mått av osäkerhet är det ändå intressant att gruppen som känt behov av att söka vård men inte gjort det skattar sin psykiska hälsa ungefär lika lågt som de som har sökt vård. Det talar för att det dolda vårdbehovet inte är av lindrigare grad än vårdbehovet hos dem som söker vård.

Tabell 9.2 Andel personer med uttalade (MH 0–50) respektive lindriga besvär (MH 51–65) bland dem som sökt vård, känt behov men inte sökt och de som inte känt behov per kön.

<i>Vårdbehov</i>	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	<i>Lindriga</i>	<i>Uttalade</i>	<i>Lindriga</i>	<i>Uttalade</i>	<i>Lindriga</i>	<i>Uttalade</i>
Sökt vård	27	42	35	36	30	40
Behov men ej sökt	26	47	34	39	28	44
Inget behov	15	7	11	5	13	6

Personer som har sökt vård har en större upplevd funktionspåverkan (se kapitel 5.3) jämfört med personer som känt behov av att söka men inte gjort det (tabell 9.3). Det verkar alltså som om graden av funktionspåverkan är mer avgörande för att söka hjälp än vad skattningen av det psykiska välbefinnandet är. Väldigt få av de personer som inte har känt något vårdbehov uppger att de har en funktionspåverkan av egna psykiska besvär.

Tabell 9.3 Andel personer med viss respektive stor funktionspåverkan bland dem som sökt vård, känt behov men inte sökt och de som inte känt behov per kön

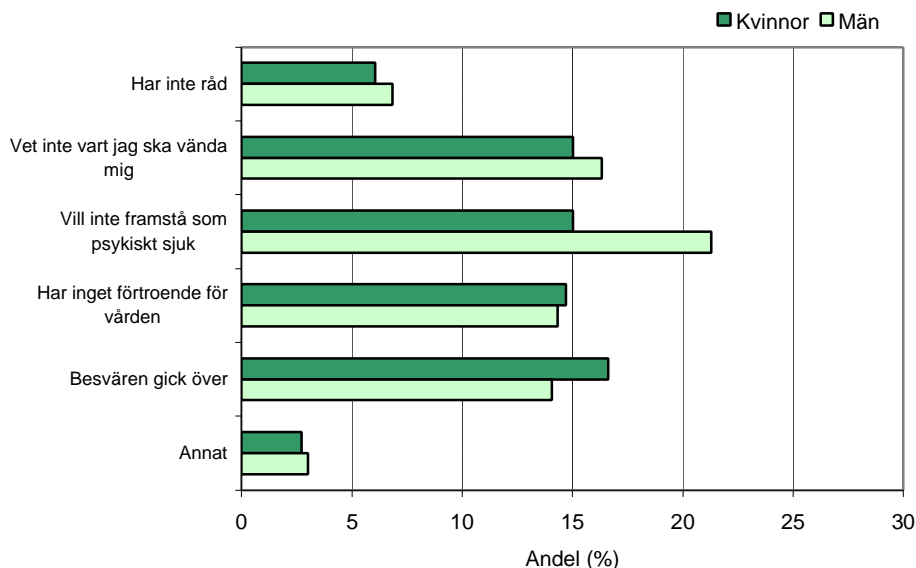
<i>Vårdbehov</i>	Andel kvinnor (%)		Andel män (%)		Andel totalt (%)	
	<i>Viss</i>	<i>Stor</i>	<i>Viss</i>	<i>Stor</i>	<i>Viss</i>	<i>Stor</i>
Sökt vård	22	42	26	44	23	43
Behov men ej sökt	26	29	29	34	27	31
Inget behov	5	3	4	2	4	3

I en studie från Stockholms läns landsting hade 61 procent av personerna med kliniskt signifikant psykisk ohälsa inte tagit kontakt med sjukvården ⁴. Precis som i denna studie finns det personer med uttalade psykiska besvär som ändå inte söker vård.

9.3 Hinder för att söka hjälp

Det vanligaste skälet till att inte söka hjälp är alternativet Vill inte framstå som psykiskt sjuk. Totalt är det 17 procent av dem som har känt behov av att söka vård men inte gjort det som uppger det svarsalternativet. Andra vanliga svarsalternativ är Vet inte vart jag ska vända mig, Har inte råd och Har inget förtroende för vården med ungefär 15 procent svar vardera.

Män uppger oftare än kvinnor att de inte vill framstå som psykiskt sjuka (figur 9.7). Kvinnor skriver i större utsträckning att besvären gick över. I alternativet Annat är det framför allt många kvinnor som skriver att de är rädda och osäkra eller att de vill försöka klara det själva. Många kvinnor skriver också om köer, väntetider, att de blivit hänvisade till andra, att de inte ansetts tillräckligt sjuka för att få vård eller att man har dåliga erfarenheter sedan tidigare. Att kvinnor i större utsträckning än män beskriver tidigare misslyckade försök väcker frågan om kvinnor oftare än män stöter på motstånd i vården på grund av att kvinnors problem uppfattas annorlunda än mäns problem, att kvinnorna beskriver sina besvär på ett annat sätt eller inte ställer krav på vården på samma sätt som männen. Män som skriver med egna ord på alternativet Annat skriver ofta att det inte blir av eller att de inte ”kommer till skott”. Andra exempel på orsaker som personer skrivit själva är att man är osäker på om problemen är psykiska, att man inte tror att det finns någon behandling eller att man är rädd att inte bli tagen på allvar.



Figur 9.7 Andel personer med olika anledning att inte söka vård per kön

Invandrare anger i stor utsträckning att orsaken till att de inte söker vård är att de inte vill framstå som psykiskt sjuka (27 %).

9.4 Den första vårdkontakten

I svaren på frågan varför man inte sökt hjälp för sina psykiska besvär framgår tydligt att det är många som drar sig för att ta den första kontakten. Det kan därför vara extra viktigt att den första kontakten blir positiv just när det gäller psykiska besvär.

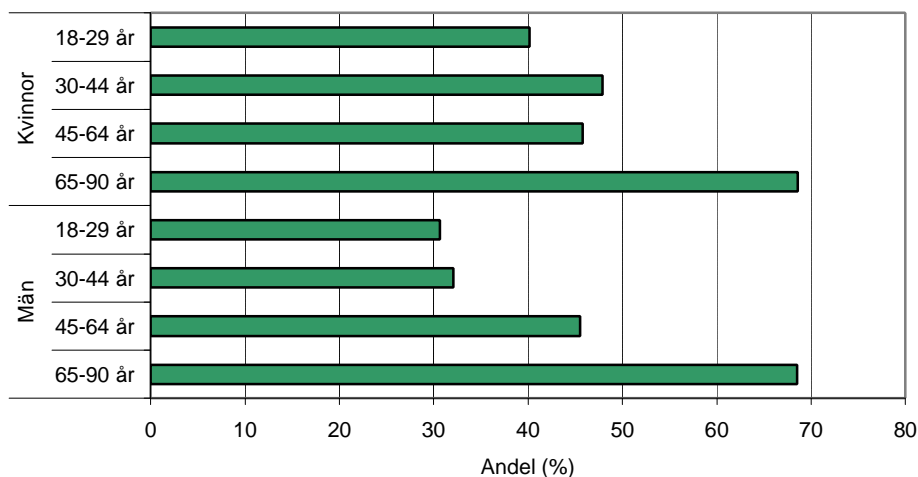
Ungefär hälften (46 %) som sökt hjälp för psykiska besvär vände sig först till vårdcentralen (tabell 9.4). Ungefär en femtedel uppger att de sökt hjälp hos Annan vårdgivare. Svaren visar att många inte vet om den verksamhet de uppsökt är kommunal, privat eller tillhör psykiatrin. De svar som efter omkodning kvarstår i gruppen Annan kan till exempel vara att man vänt sig till kuratorn på skolan där man arbetar eller till en vän som är läkare.

Tabell 9.4 Andel personer som för första gången söker hjälp för psykiska besvär hos olika vårdgivare per kön

	Kvinnor (%)	Män (%)	Totalt (%)
Vårdcentralen	47	42	46
Psykiatrin	18	24	20
Företagshälsovården	9	17	12
Privat vårdgivare	8	5	7
Kyrkan	2	1	2
Kommunal social service	2	<1	1
Alternativmedicinsk behandling	1	1	1
Annan	13	10	11

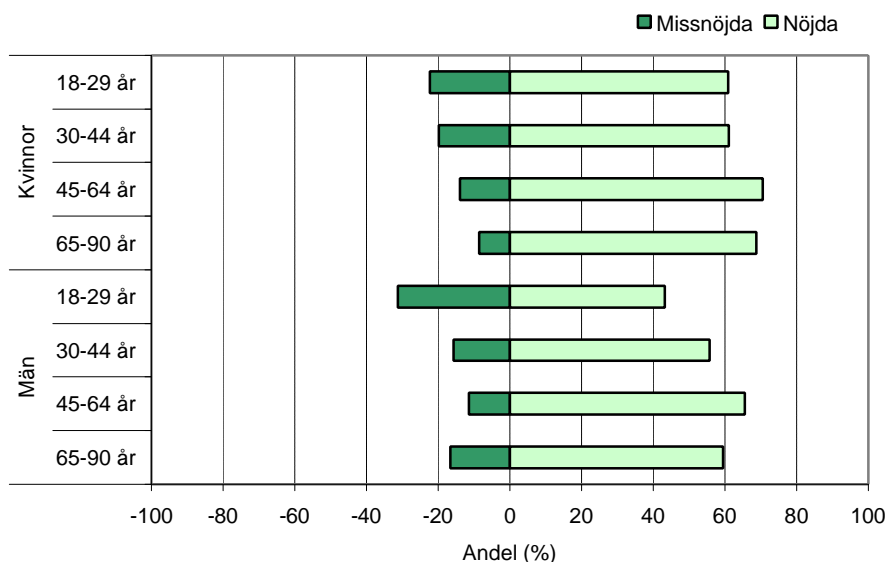
En större andel kvinnor än män söker först hjälp på vårdcentralen. Män vänder sig i större utsträckning till företagshälsovården och psykiatrin.

Andelen som söker vård på vårdcentralen skiljer sig för olika grupper (figur 9.8). Äldre söker i betydligt större utsträckning än unga vård via vårdcentralen. Den grupp som i störst utsträckning vänder sig till vårdcentralen är invandrare (70 %).



Figur 9.8 Andel personer som först vände sig till vårdcentralen per kön och ålder.

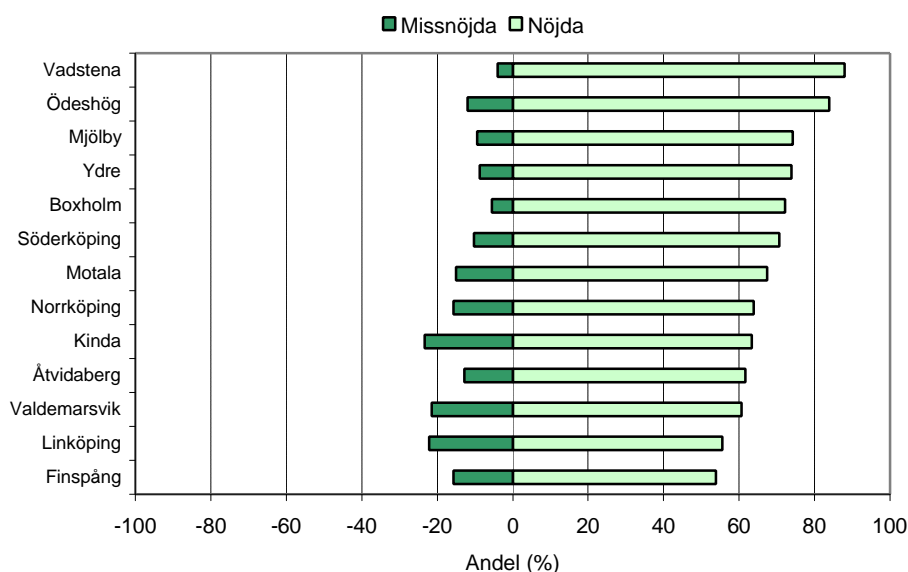
Av dem som sökt hjälp för sina psykiska problem angav totalt 63 procent att de var mycket eller ganska nöjda med den första kontakten medan 16 procent sade sig var ganska eller mycket missnöjda. Det är något fler kvinnor än män i alla ålderskategorier som är nöjda (figur 9.9). De yngsta männen är mer missnöjda än övriga grupper.



Figur 9.9 Andel personer som är mycket/ganska missnöjda respektive mycket/ganska nöjda med den första vårdkontakten per kön och ålder.

I Vadstena och Ödeshög är invånarna mest nöjda med sin kontakt (figur 9.10). Här anger över 80 procent att de är nöjda med den första kontakten.

Lägst andel nöjda har Finspång och Linköping där färre än 60 procent är nöjda.



Figur 9.10 Andel personer som är mycket/ganska missnöjda respektive mycket/ganska nöjda med den första vårdkontakten i olika kommuner.

Resultaten påverkas till viss del av vilken åldersstruktur kommunen har, eftersom äldre oftare är nöjd än yngre. Vid en åldersstandardisering där alla kommuner har en jämförbar åldersstruktur har Vadstena, Ödeshög och Söderköping störst andel mycket/ganska nöjda medan Ydre, Kinda och Finspång har de lägsta andelarna nöjda. Resultaten bör ändå tolkas med försiktighet eftersom de minsta kommunernas resultat baseras på färre än 30 svarande.

9.5 Behandling av psykiska besvär i vården

Behandlingsformer

Ungefär 14 procent av befolkningen i Östergötland har varit i kontakt med sjukvården för psykiska besvär under de senaste tolv månaderna. Av dem som haft kontakt med vården uppger 69 procent att de fick medicin, 47 procent att de fick samtalsbehandling och 25 procent att de fick både medicin och samtalsbehandling (tabell 9.5). Personer födda utomlands fick i större utsträckning än övriga både samtalsbehandling och medicin (32 %).

Tabell 9.5 Andel personer som fått olika behandlingsformer per kön

<i>Behandlingsform</i>	<i>Kvinnor (%)</i>	<i>Män (%)</i>	<i>Totalt (%)</i>
Medicin	44	47	44
Samtalsbehandling	22	23	22
Medicin och samtal	26	23	25
Ingen behandling	8	7	8

Färre unga personer fick medicin utskrivet jämfört med övriga ålderskategorier (tabell 9.6). Andelen som fått medicin ökar markant med stigande ålder. Den yngsta ålderskategorin får i större utsträckning än andra ålderskategorier samtalsbehandling eller ingen behandling alls.

Tabell 9.6 Andel personer som fått olika behandlingsformer per ålder

<i>Behandlingsform</i>	<i>18–29 år (%)</i>	<i>30–44 år (%)</i>	<i>45–64 år (%)</i>	<i>65–90 år (%)</i>
Medicin	16	31	46	78
Samtalsbehandling	37	32	21	4
Medicin och samtal	28	29	27	15
Ingen behandling	19	8	5	3

Mediciner mot psykiska besvär

Av de personer som fått medicin under de senaste tolv månaderna har den största andelen fått mediciner för flera olika symtom (tabell 9.7). Sömnproblem är den största enskilda orsaken till medicinering för både kvinnor och män. Medicin mot depression är vanligare bland kvinnor än bland män.

Tabell 9.7 Andel som fått olika typer av mediciner mot psykiska besvär per kön

<i>Medicin mot</i>	<i>Kvinnor (%)</i>	<i>Män (%)</i>	<i>Totalt (%)</i>
Flera besvär	36	38	37
Sömnsvårigheter	23	22	23
Oro/ångest	19	20	19
Depression	19	12	17
Andra besvär	4	8	5

Det är något fler invandrare som fått medicin mot sömnproblem än övriga. Invandrare får däremot medicin mot depression i mindre utsträckning än övriga.

Av de personer som har fått medicin är det flest i ålderskategorin 18–44 år som fått medicin mot flera olika besvär (tabell 9.8). Medicin mot oro/ångest

är vanligast i de två äldsta ålderskategorierna. Av de som fått medicin i den äldsta ålderskategorin är den vanligaste orsaken sömnproblem.

Tabell 9.8 Andel som fått olika typer av medicin mot psykiska besvär per ålder

<i>Medicin mot</i>	<i>18–29 år (%)</i>	<i>30–44 år (%)</i>	<i>45–64 år (%)</i>	<i>65–90 år (%)</i>
Flera besvär	40	45	37	30
Sömnsvårigheter	16	17	18	35
Oro/ångest	17	17	20	21
Depression	20	14	24	7
Andra besvär	7	7	2	7

Drygt var fjärde person anger att de har biverkningar av sin medicin. De flesta som angav att de fått biverkningar hade fått medicin mot flera symptom. Därefter följde medicin mot andra psykiska besvär och depressioner.

De allra flesta som fått medicin uppger att de tagit den enligt läkarens ordination (89 %) (tabell 9.9). Det är betydligt fler unga än äldre som inte tog medicinen enligt läkarens ordination eller uppger att de inte tagit medicinen alls. Män använde medicinen enligt ordination i något större utsträckning än kvinnor. Av dem som inte tog medicinen enligt ordinationen eller inte tog den alls, hade de flesta fått medicinen mot sömnsvårigheter.

Tabell 9.9 Andel personer som använt medicinen på olika sätt per ålder

<i>Ålder</i>	<i>Inte tagit medicinen alls (%)</i>	<i>Tagit, men ej enligt ordination (%)</i>	<i>Tagit enligt ordination (%)</i>
18–29	11	15	73
30–44	4	12	83
45–64	5	4	91
65–90	2	3	96
Totalt	4	7	89

Tre av fyra personer anger att man var mycket eller ganska nöjd med medicinen (tabell 9.10). Mest nöjda är de som fått medicin mot oro/ångest. Män som fått medicin mot oro/ångest och sömnproblem är mest nöjda medan störst andel kvinnor är nöjda med medicin mot oro/ångest och depression.

Tabell 9.10 Andel personer som är mycket eller ganska nöjda med sin medicin mot psykiska besvär, per kön och medicintyp

<i>Medicin mot</i>	<i>Kvinnor (%)</i>	<i>Män (%)</i>	<i>Totalt (%)</i>
Flera symtom	68	66	67
Sömnpblem	70	83	74
Oro/ångest	82	86	83
Depression	76	66	74
Totalt	74	75	74

När det gäller samtalsbehandling uppger 75 procent att de är mycket eller ganska nöjda med behandlingen de fått. Kvinnor är mer nöjda än män och äldre personer är mer nöjda än yngre.

Bland dem som fått medicin är det åtta procent bland männen och sju procent bland kvinnorna som är ganska eller mycket missnöjda. Det är tolv procent av männen och fem procent av kvinnorna som uppger att de är ganska eller mycket missnöjda med den samtalsbehandling de fått.

Önskemål om annan eller ytterligare behandling

Var tredje person som får medicin mot psykiska besvär uppger att de skulle ha önskat någon annan eller någon ytterligare behandling (tabell 9.11). Andelen som vill ha annan eller ytterligare behandling är mindre bland dem som fått samtalsbehandling men större bland dem som fått både medicin och samtalsbehandling. Det skulle kunna bero på att den grupp som fått både medicin och samtalsbehandling har fler och svårare besvär. Ungefär en tredjedel av dem som fått medicin eller samtalsbehandling är alltså inte nöjda med sjukvårdens insatser.

Tabell 9.11 Andel som önskar någon annan eller någon ytterligare behandling av de som fått medicin och/eller samtalsbehandling per kön

<i>Behandlingsform</i>	<i>Andel kvinnor (%)</i>	<i>Andel män (%)</i>	<i>Andel totalt (%)</i>
Medicin	29	24	27
Samtal	23	15	20
Medicin och samtal	37	38	37

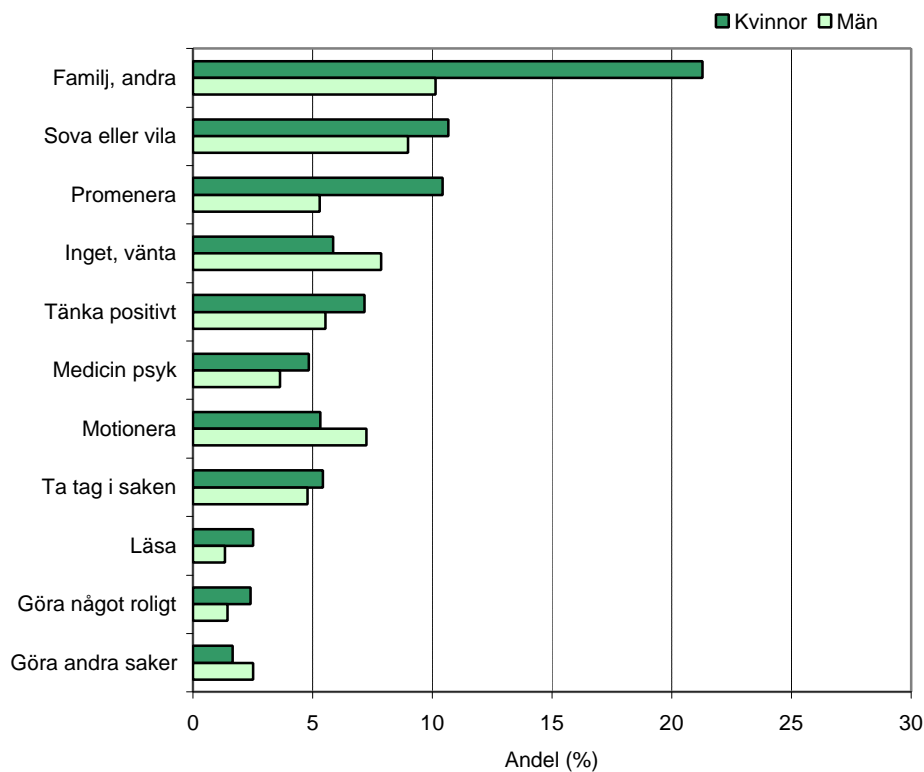
På den öppna frågan om vilken annan eller ytterligare behandling man önskar är det vanligaste svaret bland dem som fått medicin att man önskar samtalsbehandling. Bland personer som fått samtalsbehandling önskar de flesta fler eller mer frekventa samtal. Det finns också en grupp personer som inte vet vilken behandling de vill ha utan bara skriver att de vill ha hjälp eller att de vill bli friska.

9.6 Egenvård av psykiska besvär

Många av personerna som svarat på den öppna frågan om psykiska besvär (fråga 20) svarar också på frågan *Hur gör du för att hantera dessa besvär eller för att må bättre?*

I denna rapport redovisas svaren från den första preliminära kodningen av de öppna svaren. Totalt är ungefär tre fjärdedelar av materialet kodat, vilket innebär att det finns över 5 000 kodade svar från frågan om egen hantering av psykiska besvär. Samma person kan ha skrivit flera olika sätt att hantera besvären och kan förekomma flera gånger i redovisningen.

Det vanligaste sättet att hantera sina psykiska besvär är att ta kontakt med någon i sitt sociala nätverk (figur 9.11). Det kan vara familj, släkt, vänner eller arbetskamrater. En större andel kvinnor (21 %) än män (10 %) använder denna hanteringsstrategi. Det näst vanligaste sättet att hantera problemen är att man vilar, följt av promenader och motion. Det är vanligare bland kvinnor att promenera medan fler män anger att de idrottar eller motionerar. Det är också vanligt att använda psykofarmaka, försöka tänka positivt eller att ta tag i saken. En del gör ingenting utan väntar på att besvären ska gå över. Totalt åtta procent av männen och sju procent av kvinnorna använder denna passiva hanteringsstrategi. Knappt en procent av männen anger att de dricker alkohol för att hantera sina problem.



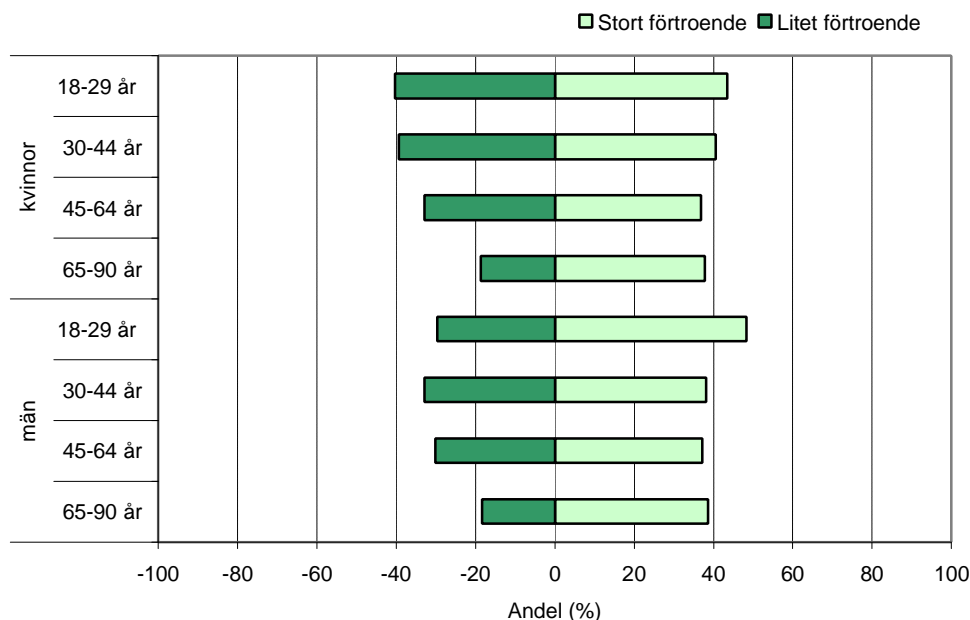
Figur 9.11 Andel personer som använder olika typer av egenvård för att hantera sina besvär, per kön.

Av de hittills okodade svaren kan man utläsa att många pratar eller diskuterar med andra, arbetar mer, biter ihop eller ”försöker att göra något”. Många svarar också att de kopplar av med massage eller meditation.

9.7 Förtroendet för sjukvården

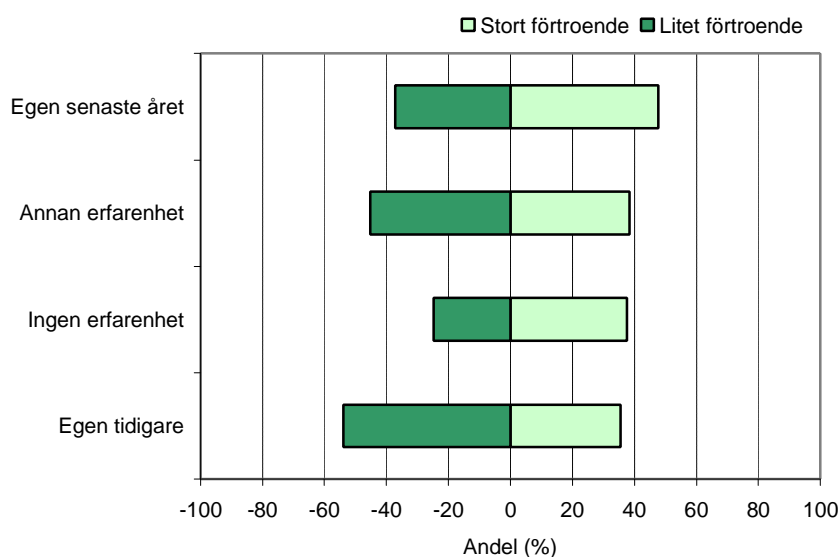
Frågan *Om Du får psykiska besvär, vilket förtroende har Du för att sjukvården kan ge den hjälp Du behöver?* är en attitydfråga. Ungefär en tredjedel anger att de inte vet vilket förtroende de har. Bland dem som uppger att de inte vet är det många som inte har haft någon kontakt med vården och förmodligen därför inte tycker sig kunna ta ställning.

Ungefär 39 procent svarar att de har stort (mycket stort eller ganska stort) förtroende för att sjukvården skulle ge dem den hjälp de behöver. En något mindre andel (30%) anger litet (mycket litet eller ganska litet) förtroende. I de yngre åldrarna är det fler som aktivt tar ställning till sitt förtroende för vården (figur 9.12). Det är alltså färre unga personer som svarar ”vet ej” på frågan än bland de äldre. Ungefär 80 procent av de yngsta kvinnorna och männen svarar på hur stort förtroende man har jämfört med knappt 60 procent i de äldsta ålderskategorierna. Detta kan naturligtvis påverka resultaten men är samtidigt ett intressant resultat i sig.



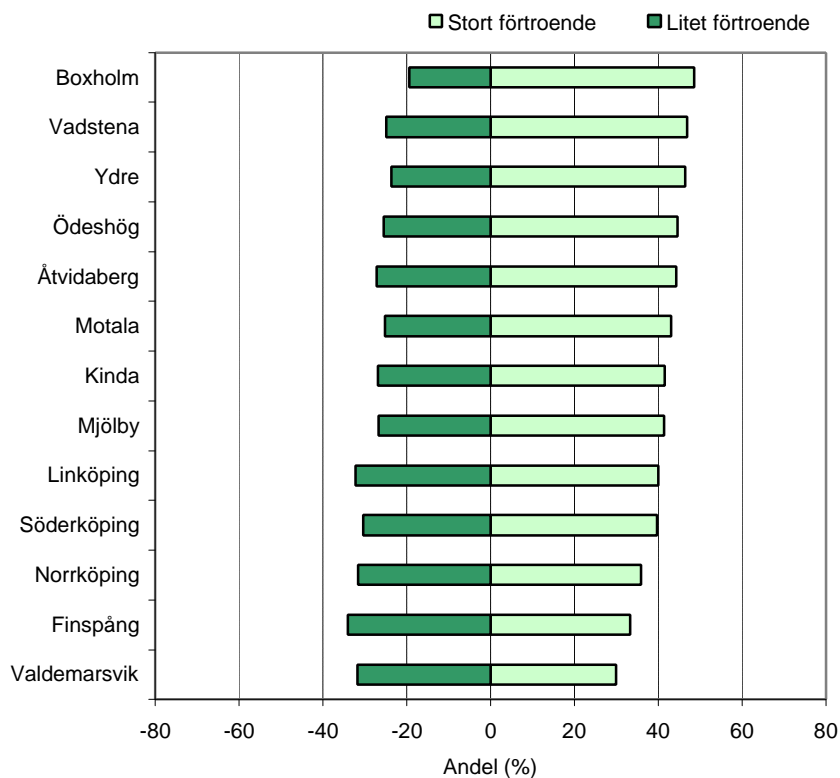
Figur 9.12 Andel personer som har litet respektive stort förtroende för att sjukvården kan ge den hjälp man behöver om man får psykiska besvär per kön och ålder.

De personer som har mest förtroende för vården är de som har egen erfarenhet från det senaste året (figur 9.13). Minst förtroende uppger de som har egen erfarenhet men som inte har haft någon vårdkontakt under de senaste tolv månaderna. En tidigare erfarenhet kan ligga många år tillbaka i tiden då vården inte var lika utvecklad eller hade samma förutsättningar som idag. Det skulle kunna vara en förklaring till att dessa personer har det minsta förtroendet för sjukvården. I gruppen med annan erfarenhet finns till exempel personer som har erfarenheter genom arbete eller genom någon anhörig.



Figur 9.13 Andel personer som har litet respektive stort förtroende för att sjukvården kan ge den hjälp man behöver bland de med ingen, egen eller annan erfarenhet av vård av psykiskt sjuka.

I Boxholms kommun anger ungefär 50 procent att man har mycket stort eller ganska stort förtroende för vården (figur 9.14). Boxholm är också den kommun med den minsta andelen som anger ett mycket eller ganska litet förtroende. I Valdemarsvik, Finspång och Norrköping har under 40 procent ett mycket eller ganska stort förtroende för sjukvården. En åldersstandardisering som korrigerar för olika åldersstruktur i de olika kommunerna ändrar endast siffrorna marginellt.



Figur 9.14 Andel personer som har litet respektive stort förtroende för att sjukvården kan ge den hjälp man behöver om man får psykiska besvär per kommun.

9.8 Sammanfattning

Upplevt vårdbehov och att söka vård

- Ungefär 16 procent rapporterar ett självupplevt vårdbehov för psykiska besvär under de senaste tolv månaderna. Av dessa har 56 procent sökt hjälp medan 44 procent inte har sökt hjälp och därmed utgör ett dolt vårdbehov.
- Personer med dolt vårdbehov skattar sin psykiska hälsa lika lågt som de som sökt vård. De som sökt vård uppger däremot i större utsträckning än de som inte sökt vård en funktionspåverkan av psykiska besvär.
- Den vanligaste orsaken att inte söka vård är att man inte vill framstå som psykiskt sjuk. Denna orsak är speciellt vanlig bland invandrare och män.
- De flesta som söker vård vänder sig till vårdcentralen. Invandrare och äldre vänder sig oftare än andra till vårdcentralen. Fler män än kvinnor vänder sig till psykiatrin eller företagshälsovården.

- Totalt 63 procent är mycket eller ganska nöjda med den första vårdkontakten. Äldre personer är mer nöjda än yngre. Nöjdheten varierar mellan 54 och 88 procent i olika kommuner.

Kön och ålder

Kvinnor har ett större upplevt vårdbehov än män. Framför allt unga kvinnor, men även unga män anger stora vårdbehov. Det är också i dessa grupper de största dolda vårdbehoven finns.

Invandrare

Nästan en fjärdedel av invandrarna rapporterar ett vårdbehov. Ungefär hälften av detta vårdbehov är dolt.

Behandling och egenvård av psykiska besvär

- Ungefär 14 procent har varit i kontakt med sjukvården för psykiska besvär de senaste tolv månaderna.
- Knappt hälften fick enbart medicin, knappt en fjärdedel fick enbart samtalsbehandling och en fjärdedel fick både medicin och samtalsbehandling. Äldre får medicin betydligt oftare än yngre. De yngsta får i stor utsträckning samtalsbehandling. Invandrare får i större utsträckning än övriga en kombination av samtalsbehandling och medicin.
- Tre av fyra personer är mycket eller ganska nöjda med sin medicin eller samtalsbehandling. Av dem som fått medicin men önskar en annan eller en ytterligare behandling vill de flesta ha samtalsbehandling. Av dem som fått samtalsbehandling vill de flesta ha fler eller mer frekventa samtal.
- En tiondel, flest yngre, tog inte medicinen enligt läkarens ordination.
- När det gäller egenvård anger kvinnor i högre utsträckning än män att de tar kontakt med sitt sociala nätverk. Män anger oftare än kvinnor att de idrottar eller motionerar.

Förtroendet för sjukvården

- Ungefär 40 procent svarar att de har mycket eller ganska stort förtroende för att sjukvården skall kunna ge dem den hjälp som de behöver.

Kön och ålder

Kvinnor i yngre åldrar anger minst förtroende för vården. En stor del av de äldre anger att de inte vet vilket förtroende de har.

Referenser

- 1 Hjort P. Hvar goer helsetjensten for å utjevne forskjellene i helse? *Hälsa för alla i Norden år 2000.*, Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan 1983.
- 2 *Folkhälsorapport 2001.* Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.
- 3 *Folkhälsorapport: en rapport om hälsoutvecklingen i Stockholms län.* Stockholm: Hälsoavd, Hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting, 1999.
- 4 Forsell Y, Hansson A. *Psykisk ohälsa och behandlingsbehov ur ett befolkningsperspektiv.: data från PART-studien.* Stockholm: Enheten för psykisk hälsa, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, 2001.
- 5 Ekberg K, Noorlind Brage H, Dastserri M. *Östgötens hälsa och miljö 2000.* Linköping: Folkhälsovetenskapligt Centrum, 2000.
- 6 Jonsson D, Rahmqvist M, Husberg M. *Psykiska besvär bland långtidssjukskrivna i Östergötland. Riskfaktorer, vårdkonsumtion och kostnader.* Linköping: Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, Linköpings universitet, 1997.
- 7 Nyrén G. *Medicinska Programmet. Psykisk ohälsa, del 1-3.* Linköping: Landstinget i Östergötland, 1998.
- 8 Hagnell O, Essen-Möller E, Lanke J, Rorsman B, Öjesjö L. *The incidence of mental illness over a quarter of a century: The Lundby longitudinal study of mental illnesses in a total population based on 42000 observation years.* Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1990.
- 9 Essen-Möller E, Larsson H, Uddenberg C, White G. Individual traits and morbidity in a Swedish rural population. *Acta Psychiatr Neurol Scand* 1956;Suppl. 100.
- 10 Sullivan M, Karlsson J. *SF-36 Hälsoenkät. Svensk manual och tolkningsguide,* Göteborg: Sektionen för Vårdforskning, Medicinska Fakulteten, Göteborgs Universitet och Sahlgrenska Sjukhuset, Göteborg, 1994.
- 11 Bergman H, Källmén H. Befolkningens alkoholvanor enligt AUDIT-testet. Sänkt gränsvärde fördubblade antalet kvinnor med riskabla alkoholvanor. *Läkartidningen* 2000;97:2078-84.
- 12 Sandager I, Nygård J, Sörensen T. The concept of psychiatric illness- a core problem in psychiatric epidemiology. *Norsk Epidemiologi* 2002;12:181-7.
- 13 SCB. <http://www.scb.se/databaser/macro/Start.asp>, 2002.
- 14 Eriksson E, Nordlund A. *Hälsa och hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D och SF-36 i Östergötland och Kalmar län: Resultat från befolkningsenkäterna.* Linköping: Folkhälsovetenskapligt Centrum, Landstinget i Östergötland, 2002.
- 15 Beusterien KM, Steinwald B, Ware JE. Usefulness of the SF-36 Health Survey in Measuring Health Outcomes in the Depressed Elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 1996;9:13-21.
- 16 McHorney CA, Ware JE, Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993;31:247-63.
- 17 Ware JE, Jr, Kosinski M, Bayliss MS, McHorney CA, Rogers WH, Raczek A. Comparison of Methods for the Scoring and Statistical Analysis of SF-36 Health Profile and Summary Measures: Summary of Results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care* 1995;33:AS264-79.
- 18 Persson LO, Karlsson J, Bengtsson C, Steen B, Sullivan M. The Swedish SF-36 Health Survey II. Evaluation of Clinical Validity: Results from Population Studies of Elderly and Women in Gothenburg. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1095-103.
- 19 Widerlöv E, Schwan Å, Wiesel F, Lindström E, Smith L. *Information till förskrivare,* Uppsala: Läkemedelskommittén, 2000.
- 20 Ottosson J-O. *Psykiatri.* Stockholm: Liber, 2000.
- 21 Åsberg M, Nygren Å, Rylander G, Rydmark I. Information, Stockholm: Stressmottagningen, Institutet för psykosocial miljömedicin <http://www.stressmottagningen.org/>
- 22 Hagnell O, Lanke J, Rorsman B, Öjesjö L. Are we entering an age of melancholy? Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years: The Lundby Study, Sweden. *Psychol Med* 1982;12:279-89.

- 23 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 24 Robins L, Regier D. *Psychiatric disorders in America. The Epidemiological Catchment Area Study*. New York: Maxwell Macmillan International, 1991.
- 25 Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1094-9.
- 26 Lind J. Första stora studien i Sverige: 50 000 spelberoende, vanligare bland unga. *Läkartidningen* 1998;95:3979.
- 27 Wallin U. *Anorexia nervosa in adolescence. Course treatment and family function*. Lund: Lund University, 2000.
- 28 Terenius L. Beroendemekanismernas neurobiologi. I: Berglund M, Rydberg U (Red.) *Beroendelära*, Lund: Studentlitteratur 1995.
- 29 Lorentzon S. *Lugnande medel, sömnmedel. I: Berglund M, Rydberg U (Red.) Beroendelär*, Lund: Studentlitteratur 1995.
- 30 Öjesjö L. Epidemiologi. I: Berglund M, Rydberg U (Red.) *Beroendelära*, Lund: Studentlitteratur 1995.
- 31 Bergman H, Källmén H. Svenska kvinnor har fått mer riskfyllda och skadligare alkoholvanor. Undersökning av förändringar i svenskarnas alkoholvanor åren 1997-2001. *Läkartidningen* 2003;100:1028-35.
- 32 Bergman H, Källmén H. Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol* 2002;37:245-51.
- 33 Seppä K, Makela R, Sillanaukee P. Effectiveness of the Alcohol Use Disorders Identification Test in occupational health screenings. *Alcohol Clin Exp Res* 1995;19:999-1003.
- 34 Rydberg U, Damström-Thakker K, Skerfving S. Risk evaluation of alcohol. I: Costa e Silva J, Nadelson C (Red.) *Int Rev Psychia*, Washington DC: American Psychiatric Press 1993:563-600.
- 35 Åkerlind I, Bendtsen P, Johansson K. Rådgivning om alkoholvanor - den mest förbisedda möjligheten till hälsofrämjande i primärvården? - En kartläggning av patienternas uppfattningar om egna förväntningar och distriktsläkarens agerande *Svenska Läkaresällskapets Riksstämman*, Göteborg 2002.
- 36 Åkerlind I, Hörnquist JO, Hansson B, Knutsson A. Att förändra alkoholvanor hos personer i riskzonen. *PsykologTidningen* 1990;36.
- 37 Fridh M. *Psykisk ohälsa. En kunskapssammanställning och lägesbeskrivning*. Malmö: Socialmedicinska enheten, MAS, 2001.
- 38 Hoffman M. Läkemedelsinformation: Läkemedelskommitten i Östergötland 2003. <http://www.lio.se/utm/enkel.asp?CategoryId=7472>
- 39 Rahmqvist M, Bäckman K. *Landstingsenkät -95. Östgötarnas erfarenhet av primärvård, sjukhusvård och tandvård*. Linköping: CMT, 1996.
- 40 Rahmqvist M. *Landstinget patientenkät för öppen sjukhusvård 2000*. Linköping: CMT, 2001.
- 41 Åkerlind I. *Patientupplevd kvalitet i primärvården i Östergötland 1998. Analys av skillnaderna mellan patientgrupper och mellan vårdcentraler*. Rapport FoUrnalen 1999:9. Linköping: Primärvårdens FoU-enhet 1999.
- 42 Antonovsky A. *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur, 1992.
- 43 Sjögren E, Kristenson M. *Social isolering. Effekt på hälsa samt förekomst i förhållande till kön och socioekonomisk grupp*. Linköping: Folkhälsovetenskapligt Centrum, 2002.

Östgötens psykiska hälsa

Ett frågeformulär för förebyggande verksamhet och vård

Hösten 2002

Frågeformuläret kan inte spåras till Dig!

Frågeformuläret är helt omärkt och kan därför aldrig spåras till Dig som person. Du måste därför skicka in svarskortet och frågeformuläret var för sig. Portot är redan betalt.

Syftet med frågorna i detta formulär är att ge Ditt landsting bättre kunskap om psykisk hälsa och välbefinnande i Östergötland. Dina svar är mycket viktiga, eftersom resultatet ligger till grund för hur vård och förebyggande verksamhet ska utformas i framtiden.

Tack!

Har Du frågor om undersökningen eller om något i formuläret kan Du vända Dig till Inger Hagström, Folkhälsovetenskapligt Centrum tel. 013-22 71 53.

Använd helst kulspetspenna eller tuschpenna när Du fyller i formuläret.

Besvara frågorna genom att sätta ett kryss i den ruta Du tycker stämmer bäst in på Dig. Om Du är osäker, kryssa ändå i den ruta som känns riktigast.

Allmänna frågor

1. Är Du ...

- Kvinna
 Man

2. Vilket år är Du född? 19-

3. Vilken kommun bor Du i?

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Boxholm | <input type="checkbox"/> Söderköping |
| <input type="checkbox"/> Kinda | <input type="checkbox"/> Vadstena |
| <input type="checkbox"/> Finspång | <input type="checkbox"/> Valdemarsvik |
| <input type="checkbox"/> Linköping | <input type="checkbox"/> Ydre |
| <input type="checkbox"/> Mjölby | <input type="checkbox"/> Åtvidaberg |
| <input type="checkbox"/> Motala | <input type="checkbox"/> Ödeshög |
| <input type="checkbox"/> Norrköping | |

4. Bor Du:

- på landet
 i liten/mindre tätort
 i större tätort/stad

5. Är Du född i Sverige?

- Ja
 Nej, bott i Sverige sedan år

6. Är Dina föräldrar födda i Sverige?

- Ja, båda föräldrarna
 Ja, en av föräldrarna
 Nej, ingen av föräldrarna

7. Är Du ...

- Ensamstående
 Gift/sambo
 Annat

8. Hur många barn bor för närvarande hemma hos Dig minst halva tiden? (Även sambos barn etc.)

- Inga barn
 st barn 0-6 år st barn 13-19 år
 st barn 7-12 år st barn 20 år och äldre

9. Hur bedömer Du på det hela taget Ditt hushålls ekonomi?

- Mycket bra
 Ganska bra
 Varken bra eller dåligt
 Ganska dåligt
 Mycket dåligt

10. Vilken är Din högsta genomförda skol- utbildning (räkna ej enstaka kurser, avbrutna eller pågående studier)?

- Folkskola/grundskola (eller komvux)
- 2-årigt gymnasium, fack-, yrkes-, flick-, real- skola eller folkhögskola (eller komvux)
- 3- eller 4-årigt gymnasium (eller komvux)
- Högskola/universitet

11. Vad var Din huvudsakliga sysselsättning de senaste 4 veckorna?

- Arbetat
- Hemmafru/man
- Studerat
- Föräldraledig
- Arbetslös
- Pensionär
- Annat, nämligen;

.....

12. Är Du anställd eller har Du eget företag?

- Nej
- Ja, fast anställd
- Ja, tidsbegränsad anställning t.ex timanställd, projektanställd eller vikarie
- Ja, egen företagare

13. Är Du sjukskriven eller sjukanmäld just nu?

- Nej
- Ja, (troligen) mindre än 15 dagar
- Ja, (troligen) 15 dagar eller mer

Om ja, för vad;

14. Har Du någon som Du litar på och kan få verklig hjälp av om Du har problem eller svårigheter?

- Nej
- Ja

15. Har Du varit sjukskriven eller sjukanmäld under de senaste 12 månaderna för kroppsliga besvär?

- Nej
- 1-2 ggr
- 3-5 ggr
- 6 ggr eller fler

Under sammanlagt hur lång tid ?

- Mindre än 3 mån
- 3-6 mån
- Mer än 6 mån

16. Har Du varit sjukskriven eller sjukanmäld under de senaste 12 månaderna för psykiska besvär?

- Nej
- 1-2 ggr
- 3-5 ggr
- 6 ggr eller fler

Under sammanlagt hur lång tid ?

- Mindre än 3 mån
- 3-6 mån
- Mer än 6 mån

17. Har Du för närvarande ansvar för vården av någon långvarigt sjuk eller handikappad anhörig?

- Nej
- Ja

18. Lever Du tillsammans med någon person som har psykiska besvär?

- Nej
- Ja, vilken typ av besvär;

.....

19. Lever Du tillsammans med någon person som har alkoholproblem?

- Nej
- Ja

Hälsofrågor

De flesta människor upplever någon gång psykiska besvär av någon grad. Det behöver inte vara något som Du har sökt vård för, men något som ändå bekymrar Dig eller påverkar Din vardag.

20. Tänk efter hur Du känner Dig när Du har sådana besvär och försök beskriva dem (det besvärligaste först osv):

1.
2.
3.
4.
5.

21. Hur påverkar dessa besvär Din vardag?

.....
.....
.....

22. Vad tror Du är orsaken till besvären?

.....
.....
.....

23. Hur brukar Du göra för att hantera dessa besvär eller för att må bättre?

.....
.....
.....

Utmärkt	Mycket god	God	Någorlunda	Dålig
---------	------------	-----	------------	-------

24. I allmänhet, skulle Du vilja säga att Din hälsa är:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

25. Frågorna här handlar om hur Du känner Dig och hur Du haft det under de senaste fyra veckorna. Ange för varje fråga det svarsalternativ som bäst beskriver hur Du känt Dig.

<i>Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna...</i>	Hela tiden	Största delen av tiden	En hel del av tiden	En del av tiden	Lite av tiden	Inget av tiden
... har Du känt Dig riktigt pigg och stark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... har Du känt Dig mycket nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... har Du känt Dig så nedstämd att ingenting har kunnat muntra upp Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... har Du känt dig lugn och harmonisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... har Du varit full av energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... har Du känt Dig dystert och ledsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... har Du känt Dig utsliten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... har Du känt Dig glad och lycklig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... har Du känt Dig trött?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... har Du haft svårt att somna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... har Du sovit dåligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... har Du känt Dig spänd eller stressad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Har Du haft problem med något av följande under de senaste 12 månaderna?

Undviker Du vissa platser, situationer, föremål, djur etc. på grund av oro eller ångest?

Nej

Ja, i viss utsträckning

Ja, i stor utsträckning

Har Du återkommande perioder av nedstämdhet eller depressioner?

Har Du återkommande perioder av ångest och panik?

Tycker Du själv att Du tvättar Dig onödigt mycket?

Tycker Du själv att Du måste kontrollera t.ex. kranar, spis eller lås onödigt mycket?

Har Du påträngande tankar med obehagligt innehåll som Du har svårt att slå bort?

Har Du tänkt så mycket på spel (t.ex. trav eller oddset) att Du haft svårt att koncentrera Dig på annat?

Har det hänt att Du spelat bort mycket pengar och sedan försökt vinna tillbaka dem?

Har Du tänkt så mycket på mat eller kalorier att Du haft svårt att koncentrera Dig på annat?

Har Du känt svår ångest eller panik efter att Du ätit, på grund av Din vikt eller kroppsform?

Har Du kräcks för att kontrollera Din vikt eller kroppsform eller för att motverka matens inverkan?

Har Du svårt att klara Ditt vanliga liv utan vissa lugnande mediciner?

Har Du svårt att klara Ditt vanliga liv utan alkohol?

Har Du svårt att klara Ditt vanliga liv utan vissa narkotikapreparat?

27. Har egna psykiska besvär lett till att Du har minskat eller slutat göra sådant som Du brukar göra (på arbetet eller fritiden)?

- Nej
- Ja, i viss utsträckning
- Ja, i stor utsträckning

28. Har egna psykiska besvär lett till att Dina relationer till vänner, arbetskamrater eller andra personer har försämrats?

- Nej
- Ja, i viss utsträckning
- Ja, i stor utsträckning

29. Röker Du?

- Nej
- Ja, då och då
- Ja, färre än 10 cigaretter per dag
- Ja, 10 eller fler cigaretter per dag

30. Snusar Du?

- Nej
- Ja, mindre än en dosa per vecka
- Ja, en dosa per vecka eller mer

31. Hur ofta dricker Du alkohol?

- Aldrig, gå till fråga 34
- En gång i månaden eller mer sällan
- 2-4 gånger i månaden
- 2-3 ggr i veckan
- 4 ggr/vecka eller mer

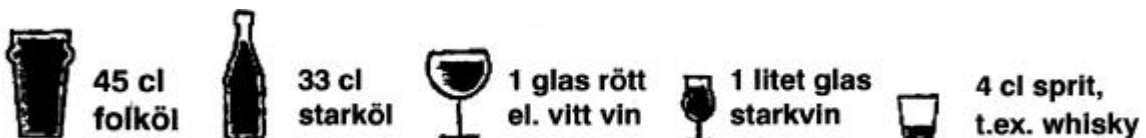
32. Hur många glas (se nedan) dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-9
- 10 eller fler

33. Hur ofta dricker Du sex glas eller mer vid samma tillfälle?

- Aldrig
- Mer sällan än en gång i månaden
- Varje månad
- Varje vecka
- Dagligen eller nästan varje dag

Med ett "glas" menas följande:



Kontakter med sjukvården

34. Har Du erfarenhet av sjukvården när det gäller psykiska besvär?

- Nej, ingen erfarenhet
- Ja, egen erfarenhet
- Ja, erfarenhet genom anhörig
- Ja, erfarenhet på annat sätt, t.ex. genom arbete i vården, vänner m.m.

35. Har Du under de senaste 12 månaderna sökt hjälp för någon slags psykiska besvär?

- Nej
- Ja

Om ja, till vem vände Du Dig först?

- Vårdcentralen
 - Företagshälsovården
 - Psykiatrien
 - Privat vårdgivare
 - Kommunal social service
 - Kyrkan
 - Alternativmedicinsk behandling
 - Annan, nämligen;
-

Om ja, är Du nöjd eller missnöjd med denna kontakt?

- Mycket nöjd
- Ganska nöjd
- Varken nöjd eller missnöjd
- Ganska missnöjd
- Mycket missnöjd

36. Har Du sökt information eller råd om psykiska besvär via internet?

- Nej
- Ja, sökt personligt råd av medicinsk expert på internet
- Ja, sökt information på internet

37. Har Du under de senaste 12 månaderna känt behov av att söka hjälp för psykiska besvär men inte gjort detta?

- Nej
- Ja

Om ja, vilken är den huvudsakliga anledningen?

- Har inte råd
 - Vet inte vart jag ska vända mig
 - Vill inte framstå som psykiskt sjuk
 - Har inget förtroende för vården
 - Besvären gick över
 - Annat, nämligen;
-

38. Har Du någon speciell person inom vården som Du kan vända Dig till om Du får psykiska besvär?

- Nej
- Ja, släkting eller vän som arbetar inom vården
- Ja, läkare, sjuksköterska eller annan personal på Din vårdcentral
- Ja, läkare, sjuksköterska eller annan personal på psykiatrisk klinik
- Ja, annan person inom sjukvården, t.ex. privatläkare, företagshälsovård

39. Har Du under de senaste 12 månaderna fått recept på någon/några mediciner mot psykiska besvär?

- Nej *Gå till fråga 44*
- Ja, mot ... (flera alternativ kan anges)
- Oro och ångest
 - Depression
 - Sömnsvårigheter
 - Andra psykiska besvär

40. Hur har Du använt denna/dessa mediciner?

- Tagit medicin enligt läkarens ordination
- Tagit medicin men inte följt läkarens ordination
- varför inte;
- Inte tagit medicin alls
- varför inte;

41. Har Du några biverkningar av denna/dessa mediciner?

- Nej
- Ja, nämligen;
-
- Vet ej

42. Är Du nöjd eller missnöjd med medicinen som Du har fått?

- Mycket nöjd
- Ganska nöjd
- Varken nöjd eller missnöjd
- Ganska missnöjd
- Mycket missnöjd

43. Skulle Du ha önskat någon annan eller någon ytterligare behandling?

- Nej
- Ja, nämligen;
-

44. Har Du under de senaste 12 månaderna fått någon form av samtalsbehandling?

- Nej, gå till fråga 47
- Ja, denna behandling gavs av:
- Offentlig Hälso-och sjukvård
 - Privat vårdgivare
 - Annan

45. Är Du nöjd eller missnöjd med den samtalsbehandling som Du har fått?

- Mycket nöjd
- Ganska nöjd
- Varken nöjd eller missnöjd
- Ganska missnöjd
- Mycket missnöjd

46. Skulle Du ha önskat någon annan eller någon ytterligare behandling?

- Nej
- Ja, nämligen;
-

47. Om Du får psykiska besvär, vilket förtroende har Du för att sjukvården kan ge den hjälp Du behöver?

- Mycket stort
- Ganska stort
- Ganska litet
- Mycket litet
- Vet ej

48. Om Du får så svåra psykiska besvär att Du behöver söka hjälp, vem tror Du då att Du skulle vända Dig till?

- Vårdcentralen
- Företagshälsovården
- Psykiatrin
- Privat vårdgivare
- Kommunal social service
- Kyrkan
- Alternativmedicinsk behandling
- Rådgivare på internet
- Annan, nämligen;

.....
 Vet ej

49. Nämn några positiva saker i Ditt liv, som piggar upp Dig eller gör Dig lycklig:
(Du får gärna ange flera saker)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

50. Har Du fyllt i enkäten själv eller har Du fått hjälp?

- Fyllt i själv
- Fått hjälp att läsa eller skriva
- Fått hjälp med språket

Har Du synpunkter på vården av psykisk ohälsa, idéer till förbättringar, eller andra kommentarer?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Skicka in frågeformuläret i bifogat svarskuvert

Skicka in svarskortet separat, så vet vi att Du svarat och Du slipper få en påminnelse

Portot är betalt

Tack för Din medverkan!

Östgötens psykiska hälsa

Hösten 2002

1. Är Du ...

- Kvinna
 Man

2. Din ålder är ...

- 29 år 30-44 år
 45-64 år 65+ år

3. Vilken kommun bor Du i?

- Boxholm Söderköping
 Kinda Vadstena
 Finspång Valdemarsvik
 Linköping Ydre
 Mjölby Åtvidaberg
 Motala Ödeshög
 Norrköping

4. Vad var Din huvudsakliga sysselsättning de senaste 4 veckorna?

- Arbetat
 Hemmafru/man
 Studerat
 Föräldraledig
 Arbetslös
 Pensionär
 Annat

5. Är Du född i Sverige?

- Ja
 Nej

6. Har Du erfarenhet av sjukvården när det gäller psykiska besvär?

- Nej, ingen erfarenhet
 Ja, egen erfarenhet
 Ja, erfarenhet genom anhörig
 Ja, erfarenhet på annat sätt, t.ex. genom arbete i vården, vänner m.m.

7. Har Du under de senaste 12 månaderna sökt hjälp för någon slags psykiska besvär?

- Nej
 Ja

8. Har Du under de senaste 12 månaderna känt behov av att söka hjälp för psykiska besvär men inte gjort detta?

- Nej
 Ja

Om ja, vilken är den huvudsakliga anledningen?

- Har inte råd
 Vet inte vart jag ska vända mig
 Vill inte framstå som psykiskt sjuk
 Har inget förtroende för vården
 Besvären gick över
 Annat

Tack för Din medverkan!

Jag har redan svarat på enkäten

Jag har inte svarat på enkäten därför att: (*Flera alternativ möjliga*)

- svårt att förstå språket
- kunde inte delta på grund av sjukdom eller handikapp
- hade inte tid
- orkade inte
- glömde bort att svara
- deltar aldrig i enkätstudier
- saknar förtroende för sjukvården
- saknar förtroende för myndigheter
- har aldrig haft psykiska besvär
- känner mig inte berörd av ämnet
- annat, nämligen; _____

Tack för din medverkan!

December 2002

