

Psykisk hälsa och ohälsa i Värmland

Förekomst, utveckling, skydds- och riskfaktorer
samt hälsoekonomiska konsekvenser i befolkningen



Innehåll

Inledning	3
Material och metod	4
Psykisk hälsa och ohälsa bland barn och ungdomar	5
Psykisk hälsa och ohälsa bland vuxna	8
Psykiskt välbefinnande	8
Psykiska besvär.....	8
Depression.....	12
Själv mord.....	13
Vårdbesök	14
Läkemedel	16
Sjukfrånvaro	18
Skydds- och riskfaktorer för psykisk hälsa bland vuxna	20
Begreppet psykisk hälsa.....	20
En översiktlig modell för befolkningens psykiska hälsa	20
Skydds- och riskfaktorer bland vuxna	21
Samband mellan fysisk och psykisk hälsa	25
Om den ekonomiska bördan av psykisk ohälsa	27
Introduktion	27
Metod.....	27
Resultat.....	27
Avslutande kommentarer.....	33
Sammanfattning och diskussion	34
Referenser	39
Bilaga 1. Resultat av logistiska regressionsmodeller	42

Kontaktpersoner

Anu Molarius, folkhälsobevakare, epidemiolog
anu.molarius@regionvarmland.se

Erik Nilsson, folkhälsoanalytiker
erik.j.nilsson@regionvarmland.se

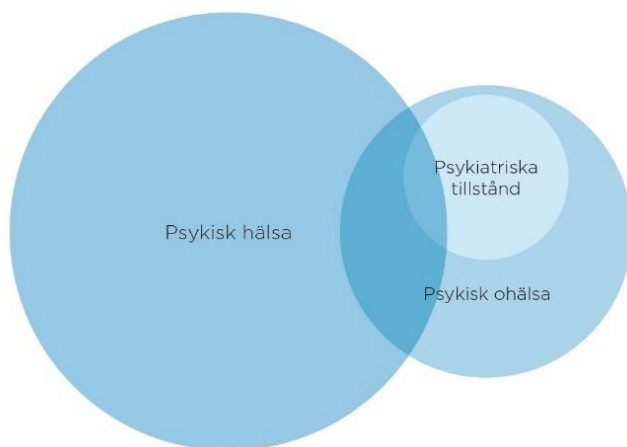
Alexandra Metsini, verksamhetsanalytiker,
hälsoekonom
alexandra.metsini@regionvarmland.se
Region Värmland 2020

Inledning

Psykisk hälsa handlar bland annat om att människor upplever sin tillvaro meningsfull, att de kan använda sina resurser, vara delaktiga i samhället och uppleva att de har förmåga att hantera livets normala motgångar. Psykisk hälsa är mer än frånvaron av psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa används ofta som en övergripande term som täcker både psykiska besvär och psykisk sjukdom. Psykiska besvär beskriver olika tillstånd då människor visar tecken på symtom som oro, ångest, nedstämdhet eller återkommande huvudvärk. De psykiska besvären kan, beroende på omfattning, påverka funktionsförmågan. I kunskapsöversikten "Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga" (1) beskriver Bremberg och Dalman förhållandet mellan de olika begreppen i en illustration som visas i figur 1.

Psykisk hälsa är en viktig del av folkhälsan. Psykisk ohälsa utgör en betydande del av sjukdomsburden i Sverige. Den medför även omfattande sociala och ekonomiska konsekvenser för individen. Den utgör också en stor belastning på hälso- och sjukvård, socialtjänst och sjukförsäkring. Psykiatriska diagnoser är också den vanligaste orsaken till sjukskrivningar. Därför är det viktigt att belysa den psykiska hälsan i befolkningen och undersöka orsaker till psykisk ohälsa.

Syftet med denna rapport är att ge en samlad bild av den psykiska hälsan och ohälsan i den värmländska befolkningen och belysa de många faktorer som är kopplade till psykisk hälsa och ohälsa. Rapporten baseras på enkätundersökningar och befintlig statistik. En del av materialet har visats i andra sammanhang, men dessa har varit spridda i olika publikationer och presentationer. En del av analyserna är nya och syftar till att fördjupa bilden av den psykiska hälsan i den värmländska befolkningen. Det är framförallt hos vuxna som materialet möjliggjort fördjupade analyser. Även uppgifter om vårdbesök och läkemedelsanvändning redovisas. I slutet av rapporten presenteras hälsoekonomiska konsekvenser av psykisk ohälsa i befolkningen i Värmland. De möjligheter som finns i ökade satsningar på förebyggande och hälsofrämjande åtgärder reflekteras i diskussionen.



Figur 1. Schematisk illustration av förhållandet mellan psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd enligt Brembergs och Dalmans kunskapsöversikt "Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga" (1).

Material och metod

Rapporten "Psyisk hälsa och ohälsa i Värmland" baseras på statistik från olika datakällor. Data från enkätundersökningarna Liv & hälsa 2017 och Hälsa på lika villkor 2016 och 2018 bland vuxna har analyserats och resultat från Elevhälsodatabasen ELSA bland skolungdomar redovisas. Även registerdata och befintlig statistik från Socialstyrelsen, Statistiska centralbyrån (SCB) och Försäkringskassan har använts.

I befolkningsundersökningen Liv & hälsa 2017 skickades enkäten till 78 000 slumpmässigt utvalda personer i åldern 18 år och äldre i Uppsala, Sörmlands, Värmlands, Västmanlands och Örebro län (CDUST) under våren 2017. Svarfrekvensen i undersökningen var 44 procent. I Värmland skickades enkäten till 14 244 personer varav 6 210 (44 procent) svarade.

Den nationella undersökningen Hälsa på lika villkor genomförs vartannat år av Folkhälsomyndigheten. Region Värmland deltog med ett urval på 5 103 personer i åldern 16–84 år under våren 2018. Av dessa besvarade 2 142 personer (42 procent) enkäten. Motsvarande undersökning år 2016 hade en svarfrekvens på 47 procent.

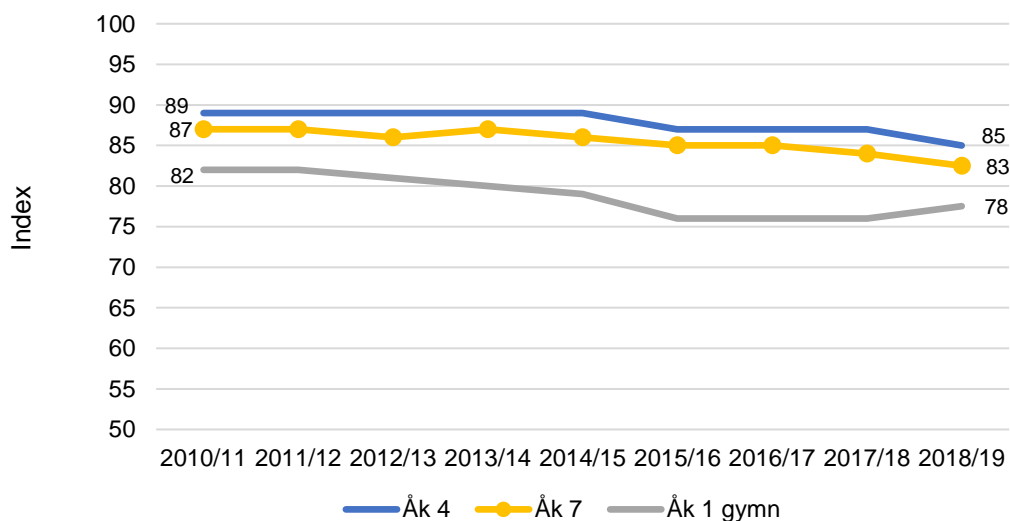
Elevhälsodatabasen ELSA baseras på den årliga hälsoundersökningen i skolan och beskriver hälsan hos elever i förskoleklass, årskurs 4 och 7 samt årskurs 1 på gymnasiet.

Resultaten angående förekomsten av psykisk hälsa och ohälsa presenteras oftast i form av andelar (procent). Jämförelser görs mellan könen, olika åldersgrupper och till viss del mellan kommuner. Det är främst de övergripande resultaten i undersökningen som läsaren ska ta fasta på. Det är viktigt att inte dra alltför långtgående slutsatser av enskilda olikheter till exempel mellan kommuner eftersom resultaten är behäftade med felmarginal. När det är möjligt, görs även jämförelser över tid och i förhållande till riket i helhet. För förekomsten av psykisk hälsa och ohälsa, baserad på undersökningarna Liv & hälsa och Hälsa på lika villkor, har en etablerad statistisk kalibreringsmetod använts för att korrigera eventuella skevheter i bortfallet.

För att analysera samband mellan skydds- och riskfaktorer och psykisk hälsa eller ohälsa, har så kallade multivariata logistiska regressioner använts där man tar hänsyn till flera olika faktorer samtidigt. Då har utfallsvariabeln varit psykiskt välbefinnande respektive självrapporterad diagnosticerad depression. De skydds- och riskfaktorer som ingår i analyserna har valts utifrån den teoretiska modellen som presenteras före analyserna samt tidigare arbete kring psykisk hälsa i Liv & hälsa-undersökningen. Detaljerade resultat med oddskvoter och konfidensintervall från dessa analyser anges i bilaga 1.

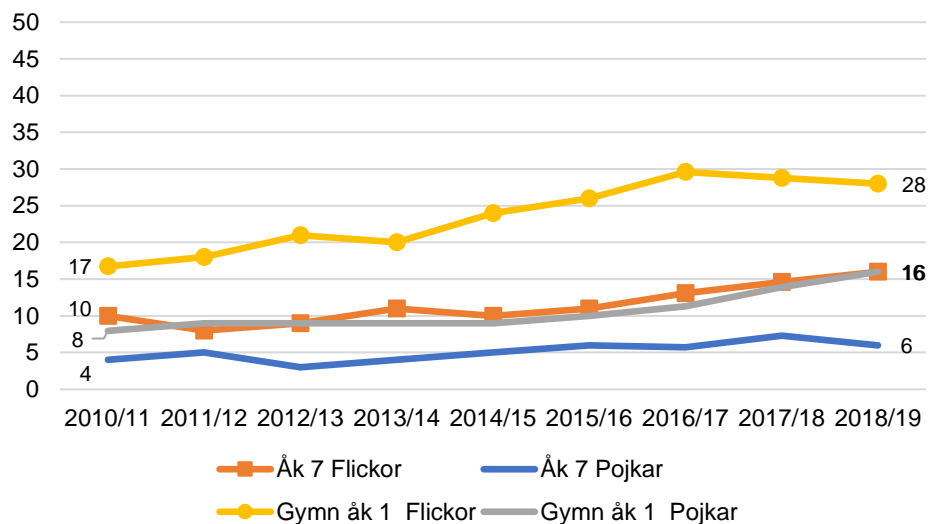
Psykisk hälsa och ohälsa bland barn och ungdomar

Den psykiska hälsan bland barn och unga i Värmland har sedan år 2011 mätts i Elevhälsodatabasen ELSA bland annat genom ett så kallat index, där flera indikatorer på psykisk hälsa såsom ledsen, orolig, irriterad/dåligt humör, arg, trött på dagen samt sover bra om natten slagits samman. Över tid har indexet sjunkit något, till exempel i årskurs 1 på gymnasiet från 82 till 78 (100 är det önskvärda värdet) (figur 2).



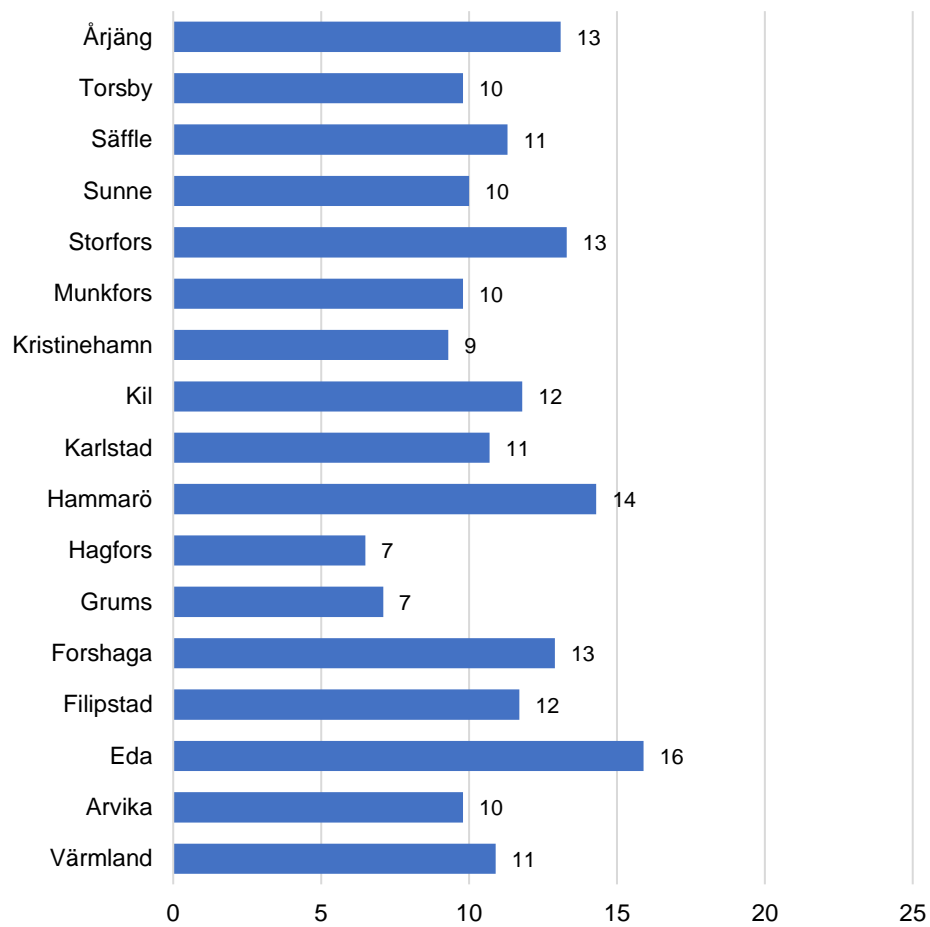
Figur 2. Index för psykisk hälsa beräknat på ledsen, orolig, irriterad/dåligt humör, arg, trött på dagen samt sover bra om natten. Källa: ELSA.

Som framgår av figur 3, har andelen elever som besväras av oro eller ängslan varje dag eller ofta ökat mest bland flickor i årskurs 1 på gymnasiet. Från läsåret 2010/11 till 2018/19 har andelen ökat med 11 procentenheter. Bland pojkar i årskurs 1 på gymnasiet är motsvarande ökning 8 procentenheter. Generellt sett är andelen med psykiska besvär högre bland flickor än bland pojkar. Till läsåret 2016/17 ändrades frågan om oro eller ängslan till att fråga om man känner sig orolig, därför ska skillnaden mellan 2015/16 och 2016/17 tolkas med försiktighet.



Figur 3. Andel (%) som besväras av oro eller ängslan varje dag eller ofta i årskurs 7 och gymnasiet åk 1 i Värmland, läsår 2010/11 till 2018/19. Källa: ELSA.

Andelen som anger att de ofta eller varje dag känner sig oroliga är 11 procent i årskurs 7 i länet. Andelen varierar mellan kommunerna, från 7 till 16 procent (figur 4). Den högsta andelen återfinns i Eda och Hammarö kommun och den lägsta i Hagfors och Grums kommun.



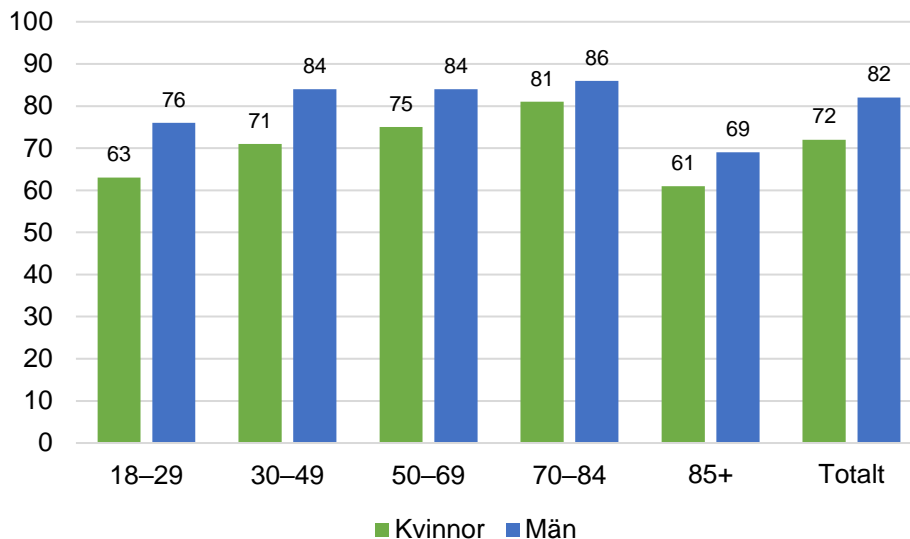
Figur 4. Andel (%) som känner sig oroliga varje dag eller ofta i årskurs 7, läsåret 2018/19.
Källa: ELSA.

Psykisk hälsa och ohälsa bland vuxna

Psykiskt välbefinnande

Psykisk hälsa i befolkningen mäts ofta genom enkät- eller intervjuundersökningar. "Gott psykiskt välbefinnande" baseras på frågeinstrumentet World Health Organization index (WHO-5) som är ett frågebatteri på fem frågor. Frågebatteriet är ett validerat instrument för att mäta gott psykiskt välbefinnande och används både nationellt och globalt.

Kvinnor har sämre psykiskt välbefinnande än män oavsett ålder (figur 5). Totalt 72 procent av kvinnorna och 82 procent av männen i länet bedöms att ha gott psykiskt välbefinnande. Andelen med gott psykiskt välbefinnande ökar med åldern upp till 70–84 år där 81 procent av kvinnorna och 86 procent av männen bedöms att ha gott psykiskt välbefinnande. Andelen minskar sedan kraftigt och i gruppen 85 år eller äldre är motsvarande andelar 61 respektive 69 procent.

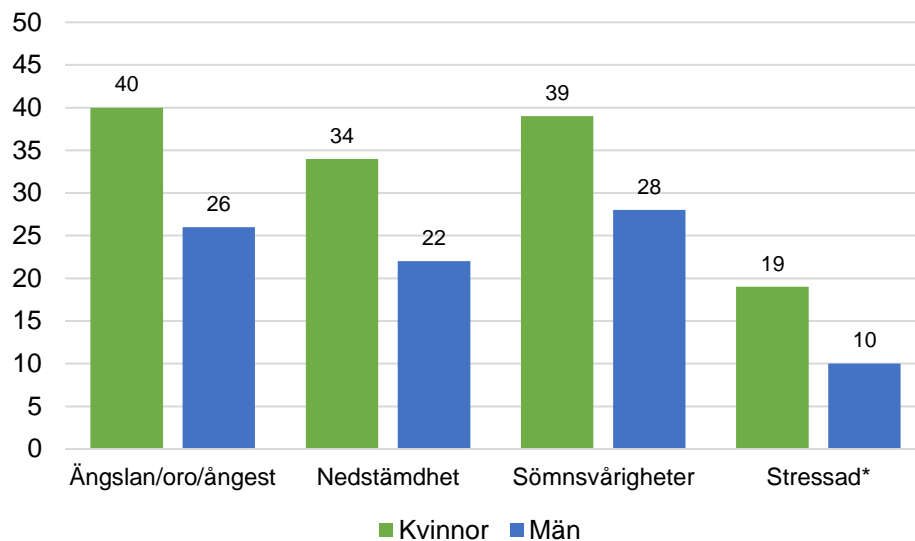


Figur 5. Andel (%) med gott psykiskt välbefinnande (enligt WHO-5), uppdelat på kön och ålder samt totalt i länet. Källa: Liv & hälsa 2017.

Psykiska besvär

Psykiska besvär beskriver olika tillstånd då människor visar tecken på symtom som oro, ångest, nedstämdhet eller sömnsvårigheter. De psykiska besvären kan beroende på typ och omfattning i olika grad påverka funktionsförmågan. Symtomen behöver inte vara så omfattande att diagnos kan sättas och är ofta normala reaktioner på en påfrestande livssituation.

Samtliga typer av psykiska besvär är vanligare bland kvinnor än bland män. Totalt uppger 40 procent av kvinnorna och 26 procent av männen i länet att de har lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest (figur 6). Dessa andelar gäller även CDUST-regionen totalt. Totalt 27 procent anger att de har lätta besvär och 6 procent svåra besvär av ångslan, oro eller ångest. Nedstämdhet rapporterar 34 procent av kvinnorna och 22 procent av männen. En något högre andel har sömnsvårigheter. I åldersgruppen 18–69 år anger 19 procent av kvinnorna och 10 procent av männen att de känner sig ganska eller mycket stressade.



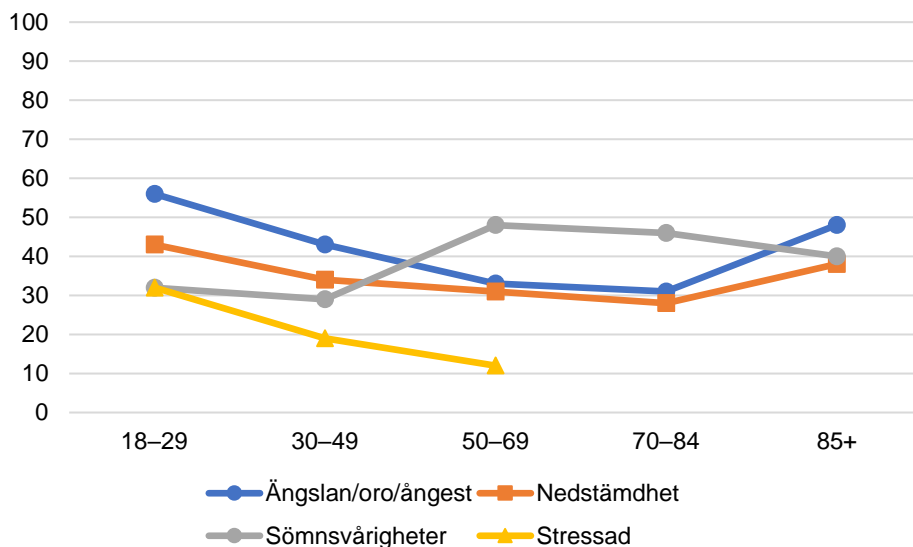
Figur 6. Andel (%) med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, nedstämdhet och sömnsvårigheter samt andel som känner sig ganska eller mycket stressad uppdelat på kön, 18+ år, Värmland. (*18–69 år.) Källa: Liv & hälsa 2017.

Ängslan, oro eller ångest är vanligast förekommande bland yngre kvinnor 18–29 år, där 56 procent uppger att de har lätta eller svåra besvär (figur 7a). Andelen minskar med ålder men ökar igen i gruppen 85 år eller äldre där 48 procent anger att de besväras av ängslan, oro eller ångest. Ett likadant mönster med ålder kan ses bland män, men på en lägre nivå (figur 7b).

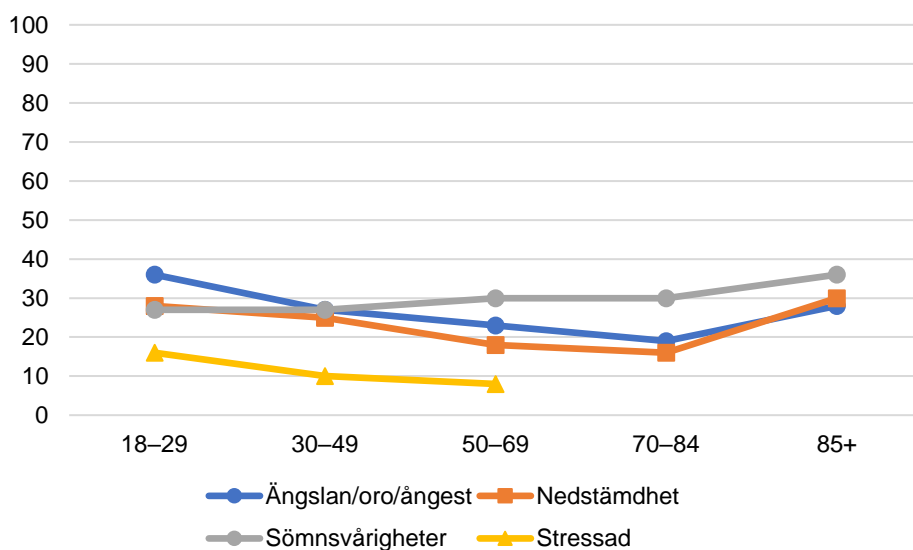
Andelen med nedstämdhet har ett likadant åldersmönster som ängslan, oro eller ångest men ligger på något lägre nivå, speciellt bland kvinnor.

Sömnsvårigheter kan både vara en bidragande faktor till psykisk ohälsa såväl som ett symptom. Andelen med sömnsvårigheter är högst bland kvinnor i åldern 50–69 år där hälften av kvinnorna besväras av sömnproblem. Bland män ökar andelen med sömnsvårigheter något med ålder.

Andelen som känner sig stressade är högst bland unga kvinnor 18–29 år, där 32 procent anger att de är ganska eller mycket stressade. Lägst är andelen i åldern 50–69 år.

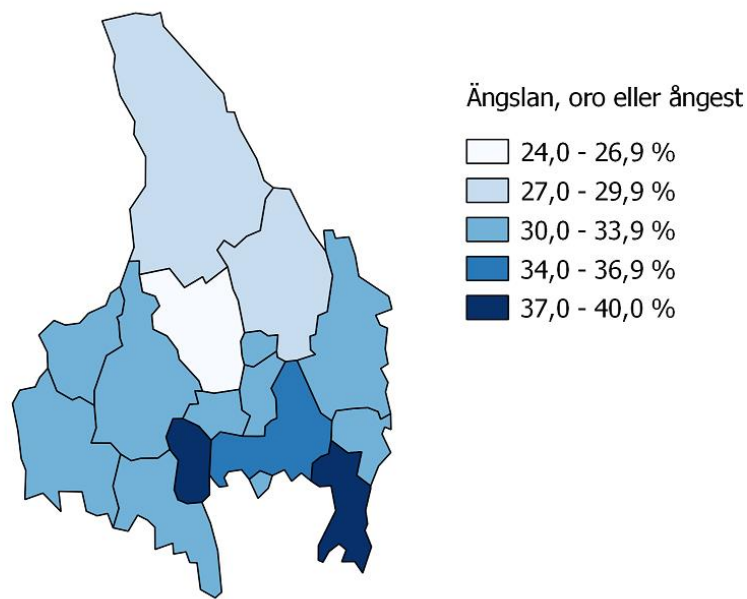


Figur 7a. Andel (%) med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, nedstämdhet och sömnsvårigheter samt andel som känner sig ganska eller mycket stressad bland **kvinnor** i länet, uppdelat på ålder. Källa: Liv & hälsa 2017.



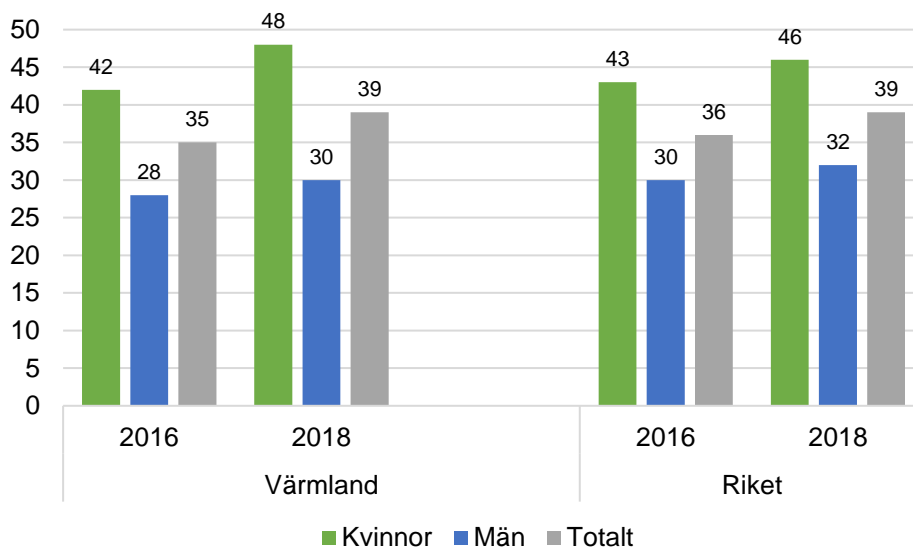
Figur 7b. Andel (%) med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, nedstämdhet och sömnsvårigheter samt andel som känner sig ganska eller mycket stressad bland **män** i länet, uppdelat på ålder. Källa: Liv & hälsa 2017.

Figur 8 visar andelen med ängslan, oro eller ångest (lätta eller svåra besvär) bland vuxna i de olika kommunerna i Värmland. Andelen är högst i Grums och Kristinehamn följt av Karlstad. Den lägsta andelen återfinns i Sunne.



Figur 8. Andel (%) med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, 18+ år. Källa: Liv & hälsa 2017.

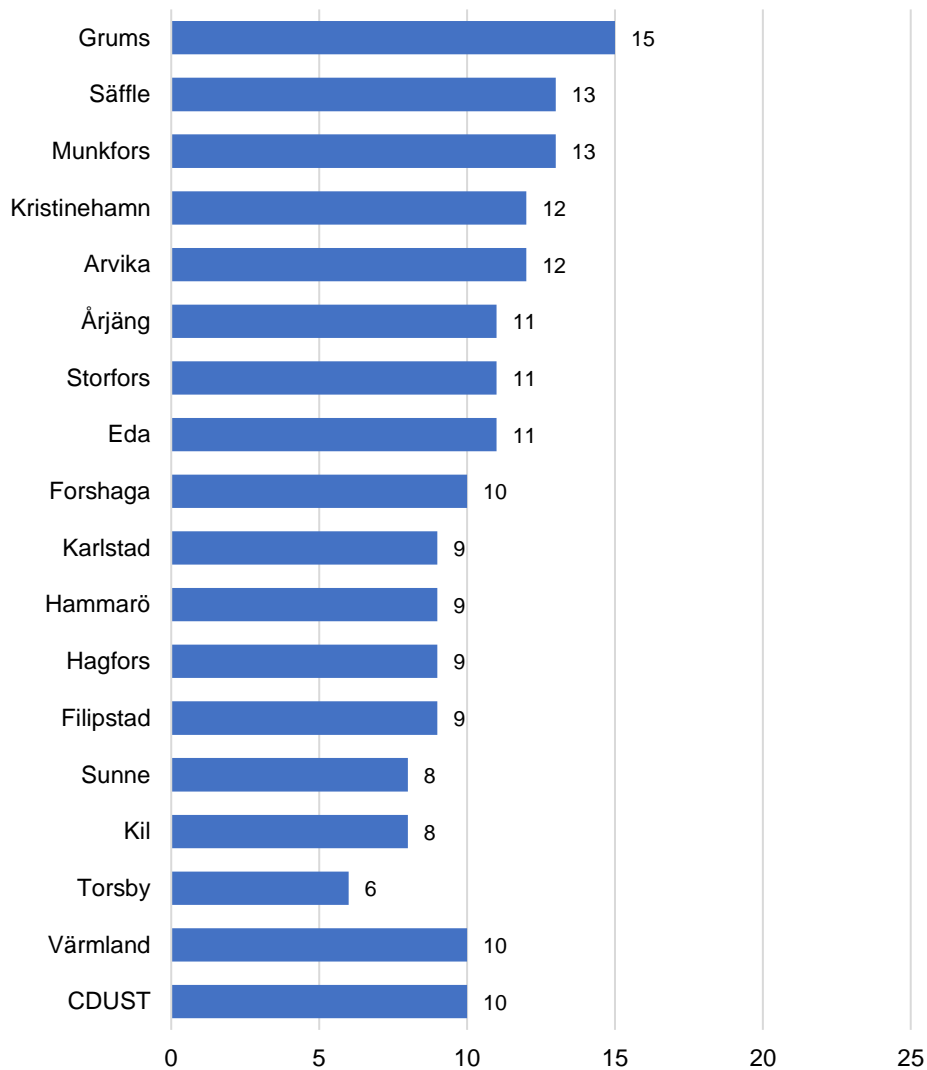
Andelen med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest har ökat något från år 2016 till år 2018 både i Värmland och i riket i åldern 16–84 år (figur 9). Förekomsten skiljer sig inte nämnvärt mellan vuxna i länet och i Sverige som helhet.



Figur 9. Andel (%) med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest i Värmland och riket 2016 och 2018, 16–84 år. Källa: Hälsa på lika villkor.

Depression

Sjukdomar med hög förekomst i befolkningen benämns som folksjukdomar och står för mer än halva den svenska sjukdomsbördan. Depression är den vanligaste psykiska sjukdomen. Totalt 10 procent av vuxna i länet anger att de har diagnosticerad depression. Samma andel gäller även CDUST-länet totalt. Depression är vanligare bland kvinnor (12 procent) än bland män (8 procent). Andelen med depression är högst i Grums och lägst i Torsby, även Sunne och Kil har relativt låga andelar (figur 10).

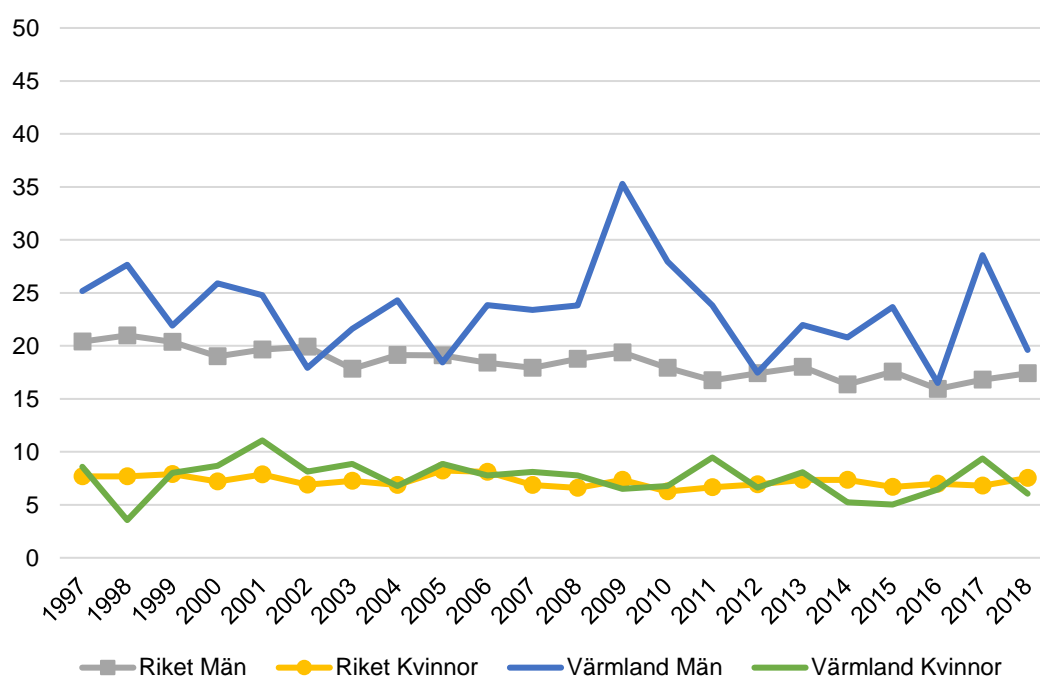


Figur 10. Andel (%) med självrapporterad diagnosticerad depression, 18+ år. Källa: Liv och hälsa 2017.

Själv mord

Själv mord är vanligare bland män än bland kvinnor. Själv mordstalet för värmländska män ligger på en högre nivå än i riket i genomsnitt och för kvinnor ligger det ungefär på samma nivå som i riket (figur 11). År 2018 var själv mordstalet för män i riket 17 per 100 000 och 7 per 100 000 för kvinnor. I Värmland varierar själv mordstalet kraftigt från år till år och var 20 per 100 000 för män och 6 per 100 000 för kvinnor år 2018.

År 2009 inträffade det högsta antalet själv mord bland män i länet under perioden 1997–2018. Själv mordstalet är högst bland män i åldern 50–54 år. År 2017 var det 53 personer och år 2018 var det 34 personer i Värmland som begick själv mord.



Figur 11. Antal själv mord per 100 000 invånare i Värmland och riket, år 1997–2018 (åldersstandardiserade tal). Källa: Socialstyrelsens databaser.

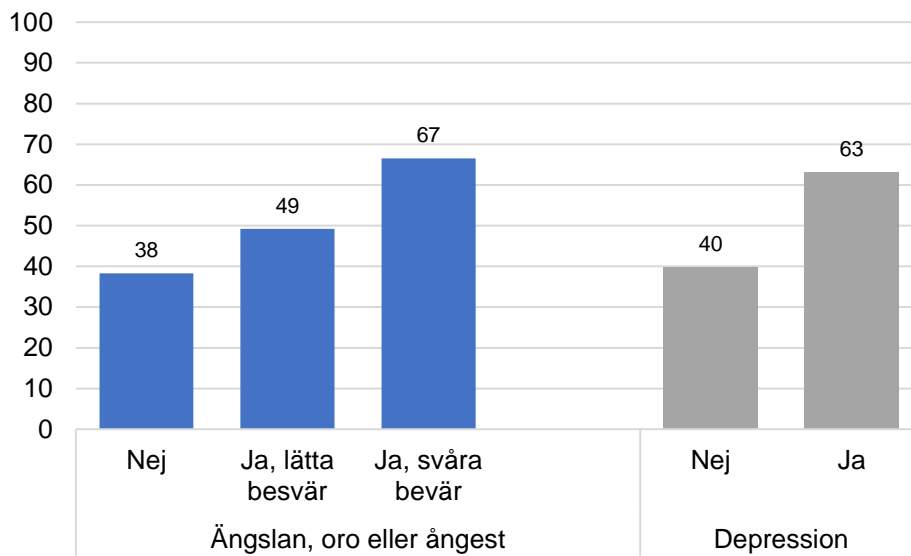
Vårdbesök

Psykiska sjukdomar är en av de sjukdomsgrupper som orsakar flest vårddagar i slutenvård. Åren 2014–2018 orsakade psykiska sjukdomar totalt nästan 30 000 vårddagar i slutenvård per år i Värmland och var den näst vanligaste sjukdomsgruppen efter cirkulationsorganens sjukdomar (tabell 1). Antalet patienter är dock färre och medelvårdtiden längre än för de andra sjukdomsgrupperna.

Tabell 1. Antal vårddagar, antal vårdtillfällen och antal patienter samt medelvårdtid i slutenvård för de fyra vanligaste diagnosgrupperna, medelvärde år 2014–2018 i Värmland. Källa: Socialstyrelsens databaser.

Diagnosgrupp	Antal vårddagar per år	Andel (%)	Antal vårdtillfällen per år	Antal patienter per år	Medelvårdtid, dagar
Cirkulationsorganens sjukdomar	33 300	15,1	6 400	4 400	5,2
Psykiska sjukdomar	29 300	13,3	2 200	1 500	13,1
Skador	23 900	10,9	4 700	3 800	5,1
Tumörer	22 000	10,0	3 100	2 000	7,2
Samtliga diagnoser	220 000	100,0	42 900	26 400	5,1

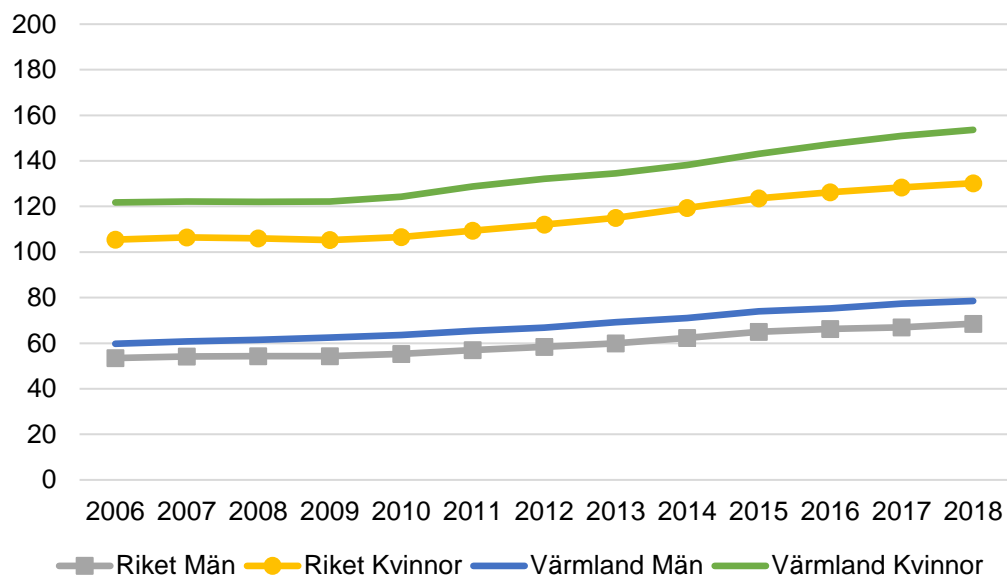
Psykiska sjukdomar och besvär för även med sig en ökad belastning för primärvården i länet. Utifrån Liv & hälsa 2017-undersökningen kan man se att andelen vuxna som besökt vårdcentral är betydligt högre bland dem som haft besvär med ängslan, oro eller ångest än bland dem som inte haft dessa besvär (figur 12). Detsamma gäller för dem som angett att de har depression jämfört med dem som inte har depression. Bland dem som har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest är det närmare 7 av 10, och bland dem som har depression 6 av 10, som har besökt vårdcentral de senaste 3 månaderna. Motsvarande andel bland dem som inte har dessa hälsoproblem är 4 av 10.



Figur 12. Andel (%) som besökt vårdcentral eller liknande för egna besvär de senaste tre månaderna uppdelat på förekomst av ängslan, oro eller ångest samt depression, 18+ år, Värmland. Källa: Liv & hälsa 2017.

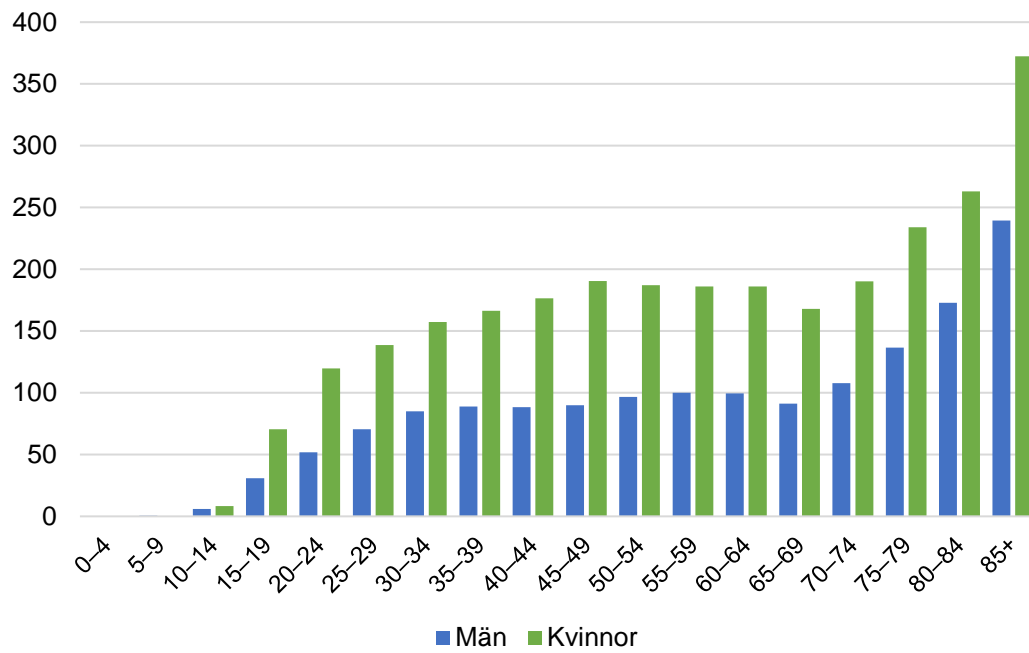
Läkemedel

Antidepressiva läkemedel är den vanligaste typen av läkemedel som används för psykisk ohälsa. Andelen som använder antidepressiva läkemedel, det vill säga har hämtat ut dem mot recept på apoteket, har ökat det senaste decenniet (figur 13). I riket använder 13 procent av kvinnorna och 7 procent av männen antidepressiva läkemedel enligt läkemedelsregistret. Andelen är högre i Värmland där 15 procent av kvinnorna och 8 procent av männen använder dessa läkemedel.



Figur 13. Antidepressiva läkemedel, antal patienter per 1000 invånare 0–85+ år, 2006–2018. Källa: Socialstyrelsens databaser.

Andelen som använder antidepressiva läkemedel ökar med åldern till 55–64 års ålder, minskar sedan något men ökar igen efter 70 års ålder (figur 14). Allra högst är andelen i åldern 85+ år, där fler än en tredjedel av kvinnorna och en fjärdedel av männen i länet använder antidepressiva läkemedel.



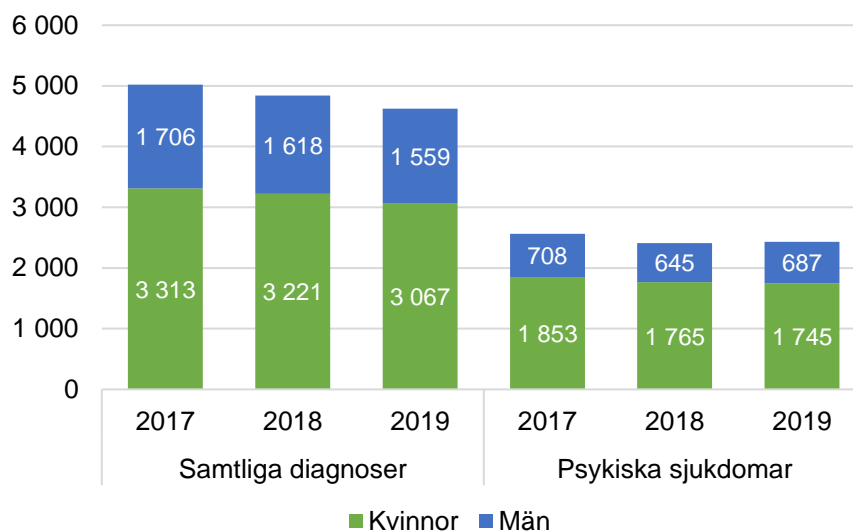
Figur 14. Antidepressiva läkemedel uppdelat på ålder, antal patienter per 1 000 invånare, Värmland 2018. Källa: Socialstyrelsens databaser.

Sjukfrånvaro

Enligt Försäkringskassan utgjorde psykiatriska diagnoser 27 procent av de startade sjukskrivningarna under 2017–2018 i Sverige och är därmed den vanligaste diagnosgruppen (2). Diagnossammansättningen skiljer sig åt mellan kvinnor och män. För kvinnor är psykiatriska diagnoser vanligast bland startade sjukskrivningar (30 procent) medan det för män fortfarande är rörelseorganens sjukdomar som är störst (25 procent). Av männens startade sjukfall har 22 procent en psykiatrisk diagnos. Andelen psykiatriska diagnoser ökar för både kvinnor och män, men ökningstakten har avtagit. Psykiatriska diagnoser leder också i genomsnitt till längre sjukfall jämfört med andra sjukskrivningsdiagnoser. Hälften av alla sjukskrivna kvinnor har en psykiatrisk diagnos jämfört med en tredjedel av de sjukskrivna männen. Av de psykiatriska diagnoserna är depression och utmattningssyndrom vanligare bland kvinnor. Psykiatriska diagnoser är den vanligaste orsaken även till att beviljas sjukersättning (förtidspension).

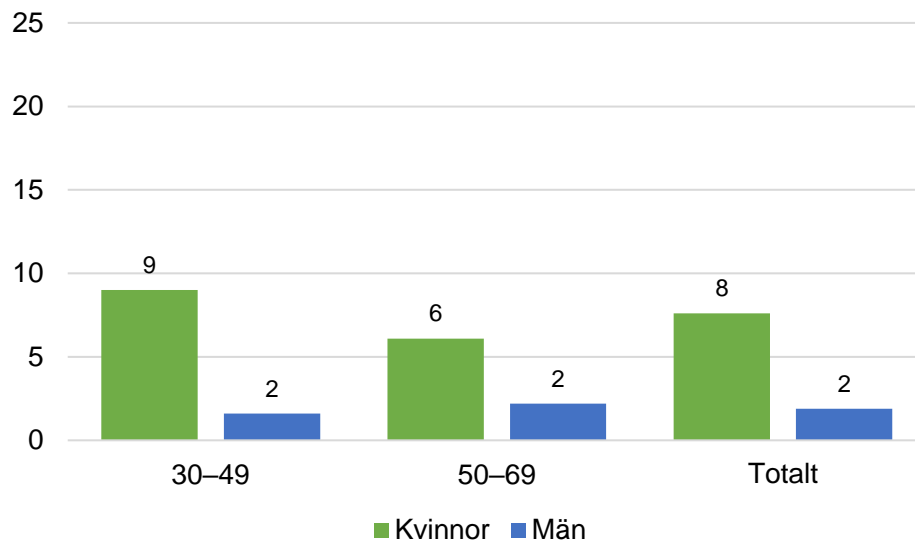
Brister i den psykosociala arbetsmiljön, liksom hög fysisk belastning, som ofta förekommer inom kvinnodominerade arbeten, inom välfärdstjänsterna vård, skola, omsorg och socialtjänst, har betydelse för sjukskrivning med psykiatriska diagnoser (2). Upplevelse av rättvis behandling och goda möjligheter till kontroll i det egna arbetet har visat sig minska risken för depression och utmattningssyndrom (3). Kvinnor är oftare än män utsatta för så kallad dubbelbelastning, som innebär att ha huvudansvar för hemarbete och bibehålla en yrkeskarriär, vilket leder till en hög total belastning och en ökad sjukskrivningsrisk.

Värmland hade cirka 5 000 pågående sjukfall år 2017 varav drygt 2 500 var för psykiska sjukdomar (figur 15). Bland kvinnor hade 56 procent av fallen och bland män 42 procent av fallen en psykiatrisk diagnos. Efter år 2017 har antalet pågående sjukfall totalt samt för psykiska sjukdomar minskat något.



Figur 15. Antal pågående sjukfall i andra kvartalet fördelat på kön och diagnoskapitel, Värmland 2017–2019. Källa: Försäkringskassan.

I Liv & hälsa 2017-undersökningen angav 8 procent av de förvärvsarbetande kvinnorna i åldern 30–69 år i länet att de hade varit sammanhängande sjukskrivna 29 dagar eller längre de senaste 12 månaderna för utbrändhet, utmattningsdepression eller stress (figur 16). Motsvarande andel bland förvärvsarbetande män var 2 procent. Ytterligare 2 procent av kvinnorna och 1 procent av männen i gruppen 30–69 år rapporterade att de varit sjukskrivna för andra psykiska problem, inklusive sömnproblem. Dessa andelar skiljer sig inte från dem som gäller för CDUST-regionen totalt.



Figur 16. Andel (%) som angett att de varit sammanhängande sjukskrivna 29 dagar eller längre de senaste 12 månaderna för utbrändhet, utmattningsdepression eller stress, förvärvsarbetande 30–69 år, Värmland. Källa: Liv och hälsa 2017.

Skydds- och riskfaktorer för psykisk hälsa bland vuxna

Begreppet psykisk hälsa

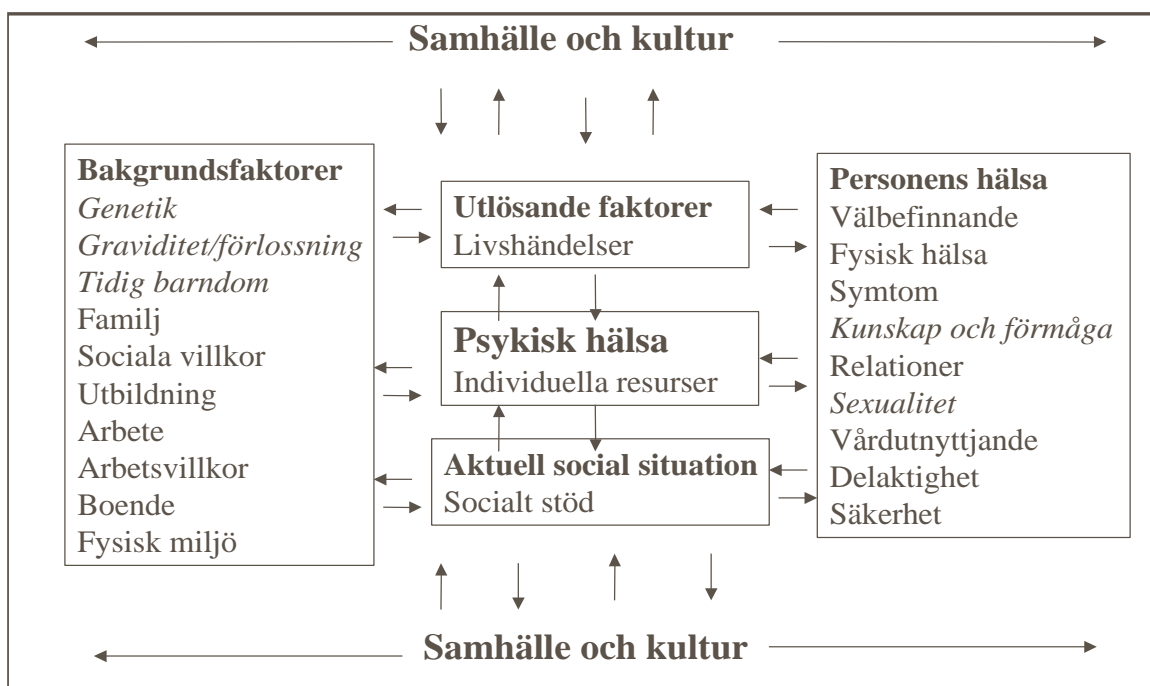
WHO definierar psykisk hälsa som ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga sina egna möjligheter, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle som hon eller han lever i (4). Kortfattat handlar det om att må bra och fungera väl (5).

Den psykiska hälsan är en integrerad del av allmän hälsa. Det innebär att det är meningsfullt att som en viktig utgångspunkt belysa den psykiska hälsan i befolkningen ur såväl ett positivt som ett negativt perspektiv (6). Den positiva dimensionen – hälsodimensionen – betonar den subjektiva upplevelsen av olika grad av psykiskt välbefinnande. Den negativa dimensionen – ohälsodimensionen – betonar i stället olika former av psykiska besvär, störningar och sjukdomar.

En översiktlig modell för befolkningens psykiska hälsa

I ett gemensamt utvecklingsprogram kring metoder för att följa folkhälsan har olika arbetsgrupper, på basen av tillgänglig kunskap, utvecklat indikatorer för folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. År 2003 presenterades ett förslag på indikatorer för psykisk hälsa i Europa (7). Ett krav på indikatorer är att de ska vara mätbara på individ- och befolkningsnivå. De ska kunna fångas genom befolkningsundersökningar, analyser av vårdutnyttjande, analys av socioekonomiska indikatorer eller kombinationer av dessa. En funktionell modell för psykisk hälsa har utvecklats inom detta EU-projekt (7). En modifierad version av denna modell kan ge en överblick av innehållet och analyserna i denna rapport, se figur 17.

Modellen anger det ömsesidiga beroendet mellan de olika faktorerna. Centralt ligger den psykiska hälsan och de individuella resurser som individen har för att hantera vardagens utmaningar. I undersökningen Liv & hälsa ingår flera olika frågor om psykisk hälsa och ohälsa. Bakgrundsfaktorer som livsvillkor ingår liksom olika aspekter på personens hälsa. Bland de utlösande faktorerna finns bland annat kritiska livshändelser. Den aktuella situationen har belysts med frågor om exempelvis socialt stöd, upplevelse av nedlåtande behandling och olika levnadsvanor.



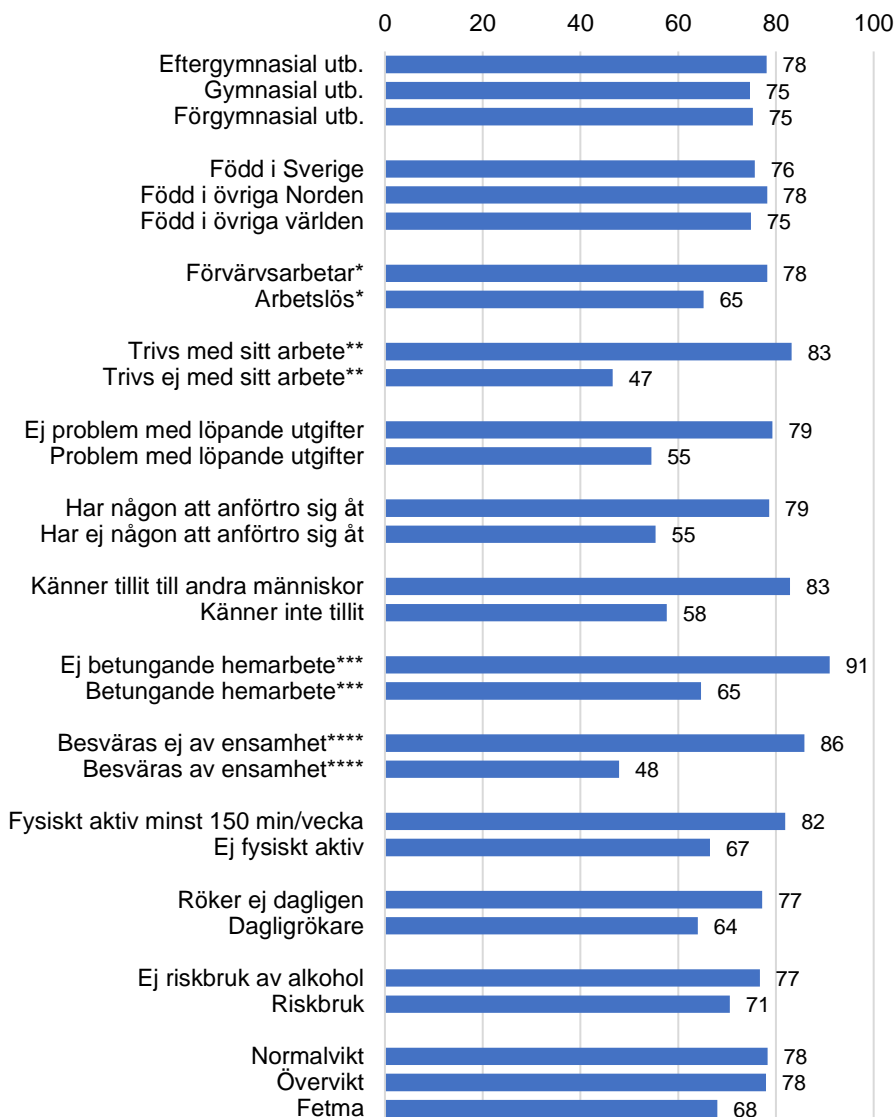
Figur 17. En modell över befolkningens psykiska hälsa och dess bestämningsfaktorer (7). Kursiverade aspekter ingår inte i befolkningsenkäten Liv & hälsa.

Folkhälsomyndigheten publicerade år 2019 en kunskapssammanställning om socioekonomiska skillnader i psykisk hälsa (5). I rapporten konstaterades att det finns socioekonomiska skillnader i positiv psykisk hälsa och psykisk ohälsa redan i tidig ålder och att dessa skillnader är mest kopplade till låg inkomst och sysselsättning. Vissa grupper har dessutom högre förekomst av psykiska besvär såsom icke-heterosexuella, mottagare av ekonomiskt bistånd, arbetslösa unga vuxna samt ensamstående föräldrar. Däremot visade inte födelseland några tydliga mönster med psykisk hälsa.

Skydds- och riskfaktorer bland vuxna

Enligt undersökningen Liv & hälsa 2017 har en majoritet av befolkningen i Värmland gott psykiskt välbefinnande, 7 av 10 kvinnor och 8 av 10 män. Dessa andelar varierar emellertid mycket beroende på hur tillvaron ser ut för individen. Faktorer som har positiva samband med gott psykiskt välbefinnande är att ha en god ekonomi, att ha någon att dela sina innersta känslor med samt att ha tillit till andra människor (figur 18). Bland dem som saknar dessa skyddsfaktorer är det bara drygt hälften som har gott psykiskt välbefinnande. Bland förvärvsarbetande är trivsel med arbete starkt kopplat till psykiskt välbefinnande. I åldersgruppen 30–69 år har de som upplever hemarbetet ibland, för det mesta eller alltid betungande, i genomsnitt sämre psykiskt välbefinnande än de som inte upplever hemarbetet betungande. Bland äldre 70+ år har ensamhet ett starkt negativt samband med psykiskt välbefinnande. Däremot är skillnaderna i andelen med gott psykiskt välbefinnande utifrån utbildningsnivå eller födelseland inte särskilt stora.

Det är vanligare med gott psykiskt välbefinnande bland dem som är fysiskt aktiva (figur 18). Daglig rökning, riskbruk av alkohol samt fetma är också förknippade med sämre psykiskt välbefinnande.



* 18–64 år. ** Förvärvsarbetande 18–64 år. *** 30–69 år. **** 70+ år.

Figur 18. Andel (%) med gott psykiskt välbefinnande (enligt WHO-5) uppdelat på bakgrundsfaktorer, livsvillkor och levnadsvanor, Värmland, 18 år eller äldre (åldersstandardiserade tal). Källa: Liv & hälsa 2017.

I nästa steg analyserades skydds- och riskfaktorer för gott psykiskt välbefinnande med hjälp av så kallade logistiska regressioner, där man tar hänsyn till flera olika faktorer samtidigt. De starkaste skyddsfaktorerna för gott psykiskt välbefinnande visade sig vara att man trivs med sitt arbete (bland förvärvsarbetande 18–69 år), att man har tillit till andra människor, att man är fysiskt aktiv minst 150 minuter per vecka och att man har någon att anförtro sig åt, det vill säga har socialt stöd (tabell 2). Åldersgrupperna 50–69 och 70–84 år hade en högre andel med gott psykiskt välbefinnande jämfört med gruppen 18–29 år.

De starkaste riskfaktorerna var att besväras av ensamhet någon gång i veckan eller oftare (i gruppen 70+ år), att man upplever hemarbetet ibland, för det mesta eller alltid betungande (i gruppen 30–69 år), att man blivit nedlåtande behandlad de senaste 3

månaderna och att man har haft problem med löpande utgifter de senaste 12 månaderna. Även faktorer som att man blivit nedlåtande behandlad under uppväxten (i gruppen 30–69 år), fetma, dagligrökning samt ensamboende hade negativa samband med gott psykiskt välbefinnande. Kvinnor hade lägre andel med gott psykiskt välbefinnande än män. Åldersgruppen 85 år och äldre hade lägre andel med gott psykiskt välbefinnande än gruppen 18–29 år.

Varken utbildningsnivå, födelseland, arbetslöshet eller riskbruk av alkohol hade statistiskt säkerställda samband med psykiskt välbefinnande. Ensamstående föräldrar hade inte sämre psykiskt välbefinnande än sammanboende föräldrar när hänsyn tagits till andra riskfaktorer.

Tabell 2. Skydds- och riskfaktorer för gott psykiskt välbefinnande (WHO-5) bland vuxna 18+ år, Värmland. Statistiskt säkerställda samband, ju starkare samband desto högre upp i tabellen. (Sambanden är justerade för kön, ålder, utbildningsnivå, födelseland samt övriga riskfaktorer i modellen.) Källa: Liv & hälsa 2017.

Skyddsfaktorer (+)	Riskfaktorer (-)
Trivs med sitt arbete*	Besväras av ensamhet**
Har tillit till andra människor	Betungande hemarbete***
Fysiskt aktiv	Nedlåtande behandlad
Har någon att anförtro sig åt	Problem med löpande utgifter
Ålder 70–84 år	Ålder 85+ år
Ålder 50–69 år	Kvinna
	Nedlåtande behandlad under uppväxten***
	Dagligrökare
	Fetma
	Ensamboende

* Förvärvsarbetande 18–69 år. ** 70+ år. *** 30–69 år.

För självrapporterad diagnosticerad depression undersöktes endast riskfaktorer, detta för att underlätta analyserna. De starkaste riskfaktorerna för depression bland vuxna i Värmland var att man haft problem med löpande utgifter de senaste 12 månaderna och att man blivit nedlåtande behandlad de senaste 3 månaderna (tabell 3). Även dagligrökning, fysisk inaktivitet samt saknad av tillit till andra människor hade starka samband med depression. De som var 30–49 år hade högre andel med depression än de som var 18–29 år. Kvinnor hade depression i högre utsträckning än män och likaså hade de som var ensamboende, depression i högre utsträckning än de som inte var ensamboende.

Några skillnader i riskfaktorer mellan män och kvinnor kunde konstateras. Bland kvinnor hade fetma och brist på socialt stöd (har ej någon att anförtro sig åt) samband med depression, medan dessa faktorer inte hade statistiskt säkerställda samband med depression bland män. Bland män var dagligrökning och riskbruk av alkohol kopplade till depression men sambanden var inte statistisk säkerställda.

Tabell 3. Riskfaktorer för självrapporterad diagnosticerad depression bland vuxna 18+ år, Värmland. Statistiskt säkerställda samband, ju starkare samband desto högre upp i tabellen. (Sambanden är justerade för kön, ålder, utbildningsnivå, födelseland samt övriga riskfaktorer i modellen.) Källa: Liv & hälsa 2017.

Samtliga 18+ år	Kvinnor	Män
Problem med löpande utgifter	Nedlåtande behandlad	Problem med löpande utgifter
Nedlåtande behandlad	Problem med löpande utgifter	Nedlåtande behandlad
Dagligrökare	Fysiskt inaktiv	Ej tillit till andra människor
Ej tillit till andra människor	Dagligrökare	Fysiskt inaktiv
Fysiskt inaktiv	Ej tillit till andra människor	
Fetma	Fetma	
Har ej någon att anförtro sig åt	Ålder 30–49 år	
Ålder 30–49 år	Har ej någon att anförtro sig åt	
Kvinna		
Ensamboende		

I Liv & hälsa 2017-undersökningen fanns frågor om vissa riskfaktorer som ställdes endast i begränsade åldersgrupper. Om man analyserar sambanden mellan riskfaktorer och depression i olika åldersgrupper och inkluderar dessa riskfaktorer, ser mönstret något annorlunda ut.

Såsom bland samtliga vuxna, var de starkaste riskfaktorerna nedlåtande behandling och problem med löpande utgifter bland yngre vuxna 18–29 år (tabell 4). Även arbetslöshet och ensamboende hade starka samband med depression i denna grupp. Bland yngre vuxna hade övervikt eller fetma stark koppling till depression. Den åldersgruppsspecifika frågan om man blivit trakasserad via mobil eller internet, hade inte samband med depression när hänsyn tagits till nedlåtande behandling, arbetslöshet och ensamboende.

Bland personer i åldern 30–69 år var betungande hemarbete (om man ibland, för det mesta eller alltid upplever hemarbetet som betungande) den starkaste riskfaktorn för depression. Bland förvärvsarbetande var vantrivsel med arbete starkt kopplat till depression. Andra riskfaktorer som hade samband med depression i denna åldersgrupp var problem med löpande utgifter, dagligrökning, fetma, nedlåtande behandling, att ha blivit nedlåtande behandlad under uppväxten, brist på socialt stöd, avsaknad av tillit till andra människor och fysisk inaktivitet. Bland förvärvsarbetande hade kvinnor högre förekomst av depression än män. Riskbruk av alkohol var endast förknippat med depression bland förvärvsarbetande.

Bland personer 70 år och äldre var den absolut starkaste riskfaktorn för depression att man besvärades av ensamhet någon gång i veckan eller oftare. Denna fråga ställdes endast i gruppen äldre. De som var födda i övriga Norden hade en högre andel med depression än de som var födda i Sverige. Övriga starka riskfaktorer i gruppen 70 år och äldre var problem med löpande utgifter, saknad av tillit till andra människor, och fysisk inaktivitet. Däremot var till exempel nedlåtande behandling och fetma inte statistiskt säkerställda riskfaktorer bland äldre.

Tabell 4. Riskfaktorer för självrapporterad diagnosticerad depression, uppdelat på åldersgrupp, Värmland. Statistiskt säkerställda samband, ju starkare samband desto högre upp i tabellen. (Sambanden är justerade för kön, ålder, utbildningsnivå, födelseland samt övriga riskfaktorer i modellen.) Källa: Liv & hälsa 2017.

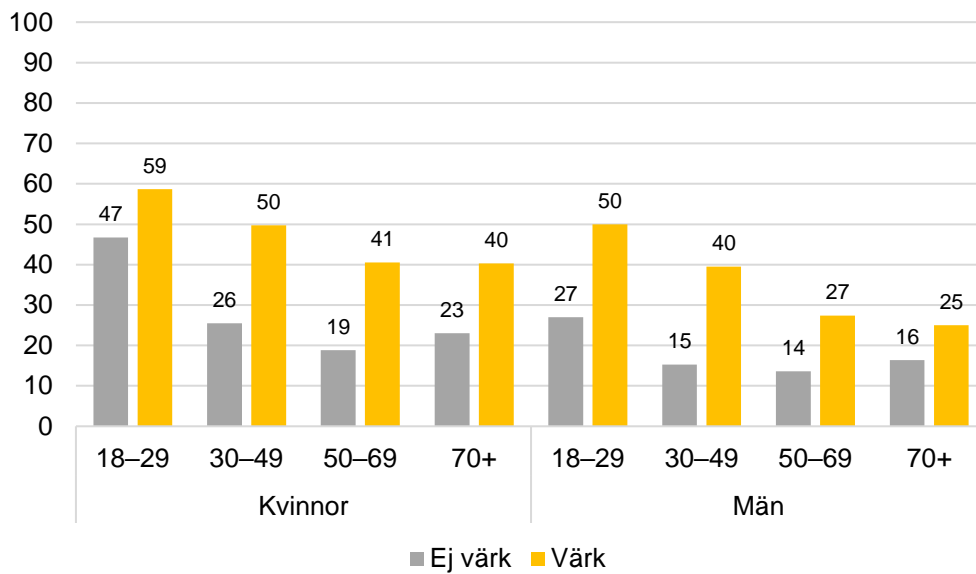
18–29 år	30–69 år	70+ år
Nedlåtande behandlad	Betungande hemarbete	Besväras av ensamhet
Problem med löpande utgifter	Trivs ej med sitt arbete*	Född i övriga Norden
Arbetslöshet	Problem med löpande utgifter	Problem med löpande utgifter
Ensamboende	Dagligrökare	Ej tillit till andra människor
Övervikt eller fetma	Fetma	Fysiskt inaktiv
	Nedlåtande behandlad	
	Nedlåtande behandlad under uppväxten	
	Kvinna*	
	Riskbruk av alkohol*	
	Har ej någon att anförtro sig åt	
	Ej tillit till andra människor	
	Fysiskt inaktiv	

* Förvärsarbetande 30–69 år.

Samband mellan fysisk och psykisk hälsa

Den psykiska hälsan hänger också samman med den fysiska hälsan. Detta gäller speciellt för värk i rörelseorganen som ofta är arbetsrelaterad och symtom på överbelastning. Psykologiska faktorer såsom stress och oro antas också vara relaterad till värk i rörelseorganen. Oro, nervositet och upplevelser av psykisk stress ökar muskelspänningar vilket bidrar till värk, särskilt i nacke och skuldror (8). Dessutom är långvarig värk i sig en stor påfrestning och kan leda till psykiska besvär i form av ångest eller depression (9).

Ett samband mellan värk i rörelseorganen och psykiska besvär ses även bland vuxna i Värmland (figur 19). Andelen med besvär av ångslan, oro eller ångest är högre bland dem som besväras av värk i skuldror, nacke eller axlar. Detta gäller samtliga åldersgrupper och såväl kvinnor som män.



Figur 19. Andel (%) med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest bland de som har lätta eller svåra besvär av värk i skuldror, nacke eller axlar respektive de som ej har värk, uppdelat på ålder, Värmland. Källa: Liv & hälsa 2017.

Om den ekonomiska bördan av psykisk ohälsa

Introduktion

Kunskap om kostnader kan ge värdefulla insikter för bland annat planering och resursfördelning av hälso- och sjukvård, genomförande av olika slag av hälsopolitiska interventioner och prioritering av forskning. Kunskap om såväl kostnader som hälsoeffekter behövs för att bestämma hur begränsande hälso- och sjukvårdsresurser bäst ska användas.

Det övergripande syftet med detta kapitel är att bedöma den ekonomiska bördan av några psykiska besvär och sjukdomar (depression och ångest) som är de största relevanta sjukdomsgrupperna bland barn, ungdomar och vuxna i Värmland. Dessa prevalensbaserade sjukdomskostnader kan besvara: Hur mycket betalar vi varje år för att ta hand patienter med en specifik sjukdom? Vad är kostnaderna för sjukvårdsbesök? (Hälso- och sjukvårdens resursutnyttjande.)

Metod

Datakällor

Epidemiologiska data om förekomst av depression och ångest har hämtats från befolkningsundersökningen Liv & hälsa 2017. Uppgifter om hälso- och sjukvårdskostnader är hämtade från Region Värmlands databas Kostnad Per Patient (KPP).

Relevant litteratur har använts vad gäller icke hälso- och sjukvårdskostnader, indirekta kostnader och samhällskostnader. Totala kostnader för depression och ångest i Värmland har beräknats baserad på data från KPP-databasen och litteraturen.

Utfallsvariabler

- Direkta kostnader
 - Direkta sjukdomsrelaterade hälso- och sjukvårdskostnader: Sjukvårdsresurser till exempel slutna eller öppna vård, primärvård, läkemedel, medicinsk teknik.
 - Direkta sjukdomsrelaterade icke hälso- och sjukvårdskostnader, till exempel hemtjänst, färdtjänst, informell vård eller insatser från anhöriga, patienternas och anhörigas resekostnader, läkemedel.
- Indirekta kostnader
 - Produktionsbortfall: Kostnader för förlorade arbetstimmar eller dagar, sjukfrånvaro, arbetslöshet, löner eller annan indikator på marginell produktivitet, på grund av sjukdomen. Kostnaderna bärs av individen, familjen, samhället eller av arbetsgivaren.
 - Immateriella (intangibla) kostnader: Kostnader som representerar kostnader av smärta, sorg, lidande och minskad livskvalitet. Emellertid har väldigt få studier beräknat immateriella kostnader.

Resultat

Psykisk ohälsa är en av de vanligaste orsakerna till sjukskrivning och står för drygt 40 procent av sjukfrånvarokostnaderna. Den totala kostnaden för psykisk ohälsa i Sverige beräknades år 2012 uppgå till 184 miljarder kronor. Den kostnaden motsvarar cirka 36 000 kronor per person i arbetsför ålder per år (10).

De årliga sociala kostnaderna per patient med depression i Sverige uppskattas i genomsnitt till cirka 176 000 kronor. Produktionsbortfallskostnader (sjukskrivningar, tidig pension) står för den största delen av kostnader (88 procent), därefter kommer

öppenvårdskostnader (6 procent) och läkemedelskostnader (3 procent) (11–12). Kostnaderna var betydligt högre för patienter med samsjuklighet som psykos eller ångest, för patienter som behövde stanna på sjukhuset och för personer med funktionsnedsättning (12). Bättre och tidigare upptäckt (detektion) av psykisk ohälsa, förebyggande åtgärder och omhändertagande av patienter kan minska bördan av depression och relaterade kostnader (13).

Enligt befolkningsundersökningen Liv & hälsa 2017 hade 10 procent av vuxna (cirka 22 000 individer) i Värmland diagnostiserad depression 2017. Lätta besvär av ångslan, oro eller ångest rapporterades av 27 procent, medan 6 procent hade svåra besvär.

Depression – hälso- och sjukvårdskostnader Värmland

I tabell 5 och 6 redovisas de årliga hälso- och sjukvårdskostnaderna för barn och ungdomar respektive vuxna patienter i Värmland med depression som huvuddiagnos, för år 2017–2018. Hos yngre patienter har antal kontakter och antal individer samt kostnaden per individ ökat. Totalkostnaden för barn och ungdomar har ökat från 15,8 miljoner kronor år 2017 till 21,8 miljoner kronor år 2018. Den största ökningen i kostnader ligger i öppenvård¹ (från 13,1 miljoner 2017 till 19,3 miljoner 2018).

Detsamma gäller för vuxna patienter (tabell 6). Totalkostnaden för vuxna patienter har ökat från 67,0 miljoner 2017 till 74,8 miljoner 2018. Antal kontakter och antal individer har ökat och kostnader per individ har ökat lite i jämförelse med ökningen hos barn och ungdomar. För vuxna patienter har den totala kostnaden ökat mest i öppenvård och slutenvård.

Den största andelen av kontakter samt kostnader (tabell 5) gällande barn och ungdomar med depression finns i området öppenvård. Vad gäller vuxna patienter sker den största andelen av kontakter i öppenvård och primärvård, men de höga kostnaderna finns i området slutenvård (tabell 6).

I figur 20 och 21 redovisas totalkostnader, antal kontakter och antal individer för 2016–2019 för barn och ungdomar respektive vuxna. Totalkostnaderna har ökat mellan 2016 och 2019 för barn och ungdomar, och i synnerhet har antalet kontakter ökat betydligt från 2017 till 2018. Totalkostnaderna för vuxna har också ökat mellan 2016 och 2018 men minskat något till 2019.

Ångest – hälso- och sjukvårdskostnader Värmland

I tabell 7 och 8 redovisas hälso- och sjukvårdskostnaderna för barn och ungdomar respektive vuxna patienter i Värmland med ångest som huvuddiagnos, för åren 2017–2018. Antal kontakter och antal individer har ökat men totalkostnader och kostnad per individ har minskat, både hos barn, ungdomar och vuxna patienter.

Den största andelen av kontakter och kostnader (tabell 7 och 8) ligger i området öppenvård för barn och ungdomar. Vad gäller vuxna patienter sker den största andelen av kontakter i öppenvård och primärvård och den högsta andelen av kostnader i området öppenvård. Emellertid är det tydligt att det finns en minskning av antal besök och kostnader i öppenvård och samtidigt en ökning av antal besök och kostnader i primärvård. Den här utvecklingen gäller båda åldersgrupperna.

I figur 22 och 23 redovisas totalkostnader, antal kontakter och antal individer för 2016–2019 för barn och ungdomar respektive vuxna. Resultaten visar att de totala kostnaderna har minskat från år 2016 till 2019 för båda åldersgrupperna.

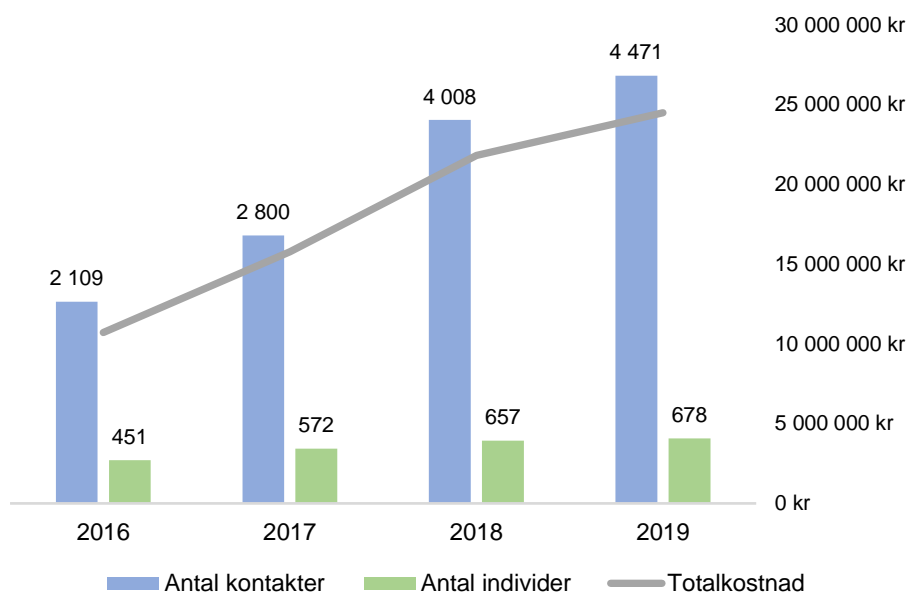
¹ Slutenvård avser patienter inlagda på sjukhus. Öppenvård avser specialiserad öppenvård på sjukhus eller inom psykiatri (ej primärvård). Primärvård omfattar vårdcentraler, ungdomsmottagningar med mera.

Tabell 5. Hälso-och sjukvårdskostnader i Värmland, huvuddiagnos depression, barn och ungdomar <19 år, 2017–2018.

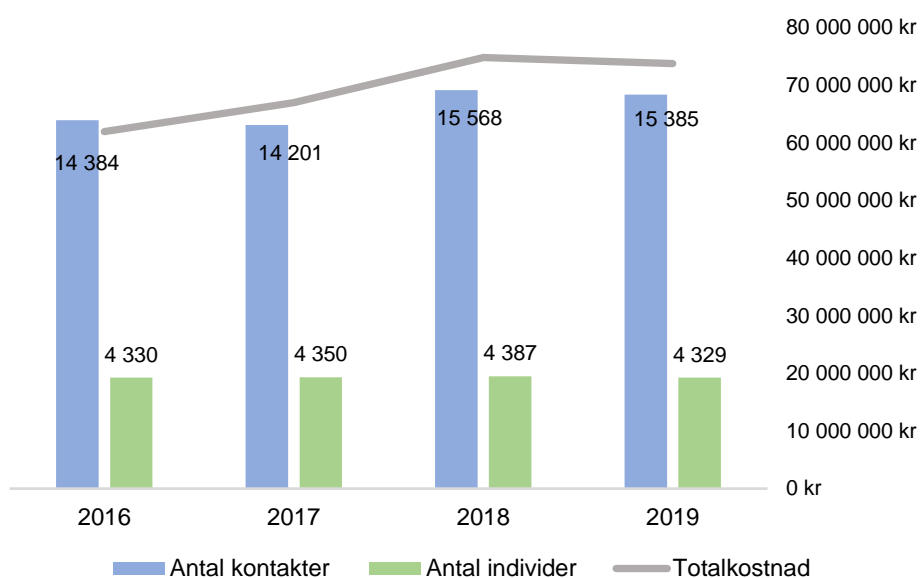
Huvuddiagnos depression, barn & ungdomar <19 år								
2017	Antal kontakter	Antal individer	Kontakter per individ	Totalkostnad	Totalkostnad per individ	Medelkostnad	Min. kostnad	Max. kostnad
Total	2 800	572	5	15 783 222	27 593	5 637	0	949 865
Primärvård	246	151	2	392 651	2 600	1 596	207	7 532
Öppenvård	2 534	449	6	13 176 647	29 347	5 200	0	21 083
Slutenvård	20	20	1	2 213 924	110 696	110 696	6 082	949 865
Psykiatri	2 542	454	6	15 345 968	33 802	6 037	0	949 865
2018	Antal kontakter	Antal individer	Kontakter per individ	Totalkostnad	Totalkostnad per individ	Medelkostnad	Min. kostnad	Max. kostnad
Total	4 008	657	6	21 832 456	33 231	5 447	395	421 770
Primärvård	251	130	2	416 980	3 208	1 661	395	3 945
Öppenvård	3 732	571	7	19 319 184	33 834	5 177	925	52 859
Slutenvård	25	22	1	2 096 291	95 286	83 852	10 211	421 770
Psykiatri	3 740	570	7	21 318 969	37 402	5 700	925	421 770

Tabell 6. Hälso-och sjukvårdskostnader i Värmland, huvuddiagnos depression, vuxna ≥19 år, 2017–2018.

Huvuddiagnos depression, vuxna ≥19 år								
2017	Antal kontakter	Antal individer	Kontakter per individ	Totalkostnad	Totalkostnad per individ	Medelkostnad	Min. kostnad	Max. kostnad
Total	14 201	4 350	3	67 018 379	15 407	4 719	0	532 296
Primärvård	5 728	2 723	2	10 126 559	3 719	1 768	207	15 122
Öppenvård	8 231	1 857	4	26 883 855	14 477	3 266	0	99 684
Slutenvård	237	207	1	30 007 964	144 966	126 616	4 196	532 296
Psykiatri	8 108	1 805	5	55 847 602	30 940	6 888	0	532 296
2018	Antal kontakter	Antal individer	Kontakter per individ	Totalkostnad	Totalkostnad per individ	Medelkostnad	Min. kostnad	Max. kostnad
Total	15 568	4 387	4	74 820 607	17 055	4 806	0	1 423 805
Primärvård	6 112	2 642	2	10 726 359	4 060	1 755	313	26 796
Öppenvård	9 163	1 966	5	30 641 080	15 585	3 344	564	21 094
Slutenvård	267	232	1	33 453 168	144 195	125 293	5 002	1 423 805
Psykiatri	9 093	1 919	5	63 090 022	32 877	6 938	564	1 423 805



Figur 20. Antal kontakter, antal individer och totalkostnader i Värmland. Huvuddiagnos depression, barn och ungdomar <19 år, 2016–2019.



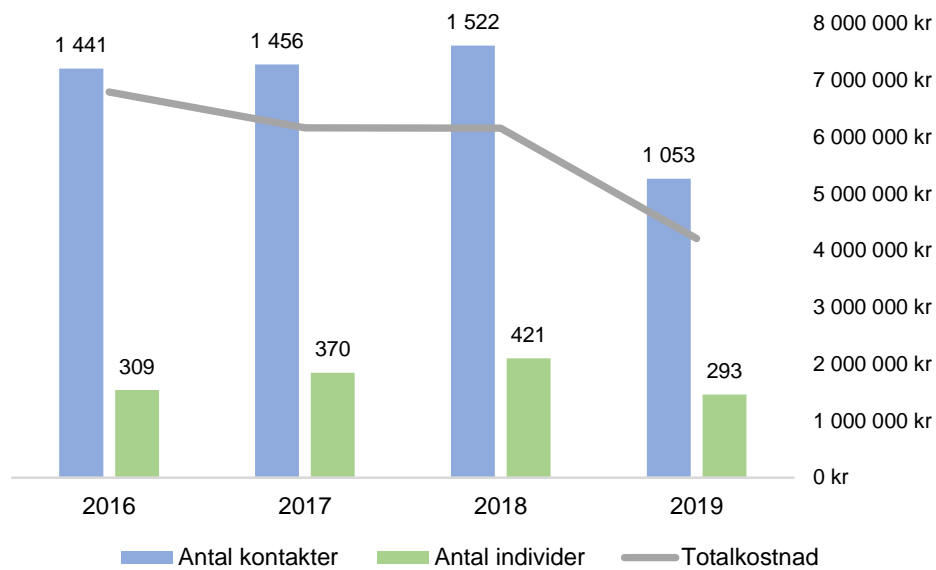
Figur 21. Antal kontakter, antal individer och totalkostnader i Värmland. Huvuddiagnos depression, vuxna ≥19 år, 2016–2019.

Tabell 7. Hälso-och sjukvårdskostnader i Värmland. Huvuddiagnos ångest, barn och ungdomar <19 år, 2017–2018.

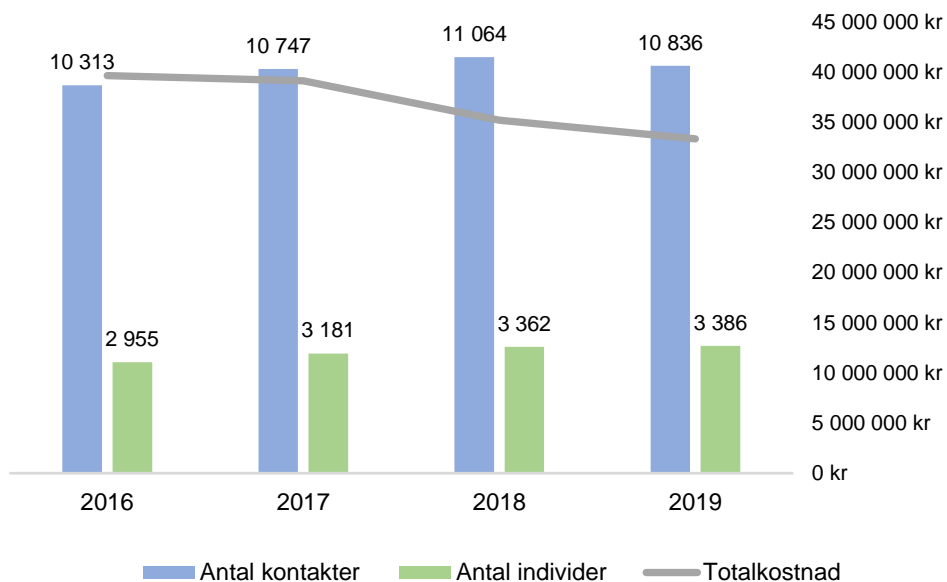
Huvuddiagnos ångest, Barn-ungdomar <19 år								
2017	Antal kontakter	Antal individer	Kontakter per individ	Totalkostnad	Totalkostnad per individ	Medelkostnad	Min. kostnad	Max. kostnad
Total	1 456	370	4	6 159 423	16 647	4 230	0	138 065
Primärvård	216	118	2	324 976	2 754	1 505	207	10 883
Öppenvård	1 227	272	5	5 068 477	18 634	4 131	0	21 083
Slutenvård	13	11	1	765 971	69 634	58 921	24 549	138 065
Psykiatri	1 210	267	5	5 703 156	21 360	4 713	0	138 065
2018	Antal kontakter	Antal individer	Kontakter per individ	Totalkostnad	Totalkostnad per individ	Medelkostnad	Min. kostnad	Max. kostnad
Total	1 522	421	4	6 156 840	14 624	4 045	220	110 864
Primärvård	293	120	2	397 837	3 315	1 358	220	3 965
Öppenvård	1 223	316	4	5 426 412	17 172	4 437	871	47 265
Slutenvård	6	6	1	332 591	55 432	55 432	7 124	110 864
Psykiatri	1 213	315	4	5 689 374	18 062	4 690	1 079	110 864

Tabell 8. Hälso-och sjukvårdskostnader i Värmland. Huvuddiagnos ångest, vuxna ≥19 år, 2017–2018.

Huvuddiagnos ångest, vuxna ≥19 år								
2017	Antal kontakter	Antal individer	Kontakter per individ	Totalkostnad	Totalkostnad per individ	Medelkostnad	Min. kostnad	Max. kostnad
Total	10 747	3 181	3	39 145 875	12 306	3 642	0	1 020 130
Primärvård	4 617	1 943	2	7 525 287	3 873	1 630	146	15 701
Öppenvård	5 999	1 424	4	18 205 328	12 785	3 035	0	18 626
Slutenvård	131	116	1	13 415 260	115 649	102 407	1 574	1 020 130
Psykiatri	5 914	1 384	4	31 048 994	22 434	5 250	0	1 020 130
2018	Antal kontakter	Antal individer	Kontakter per individ	Totalkostnad	Totalkostnad per individ	Medelkostnad	Min. kostnad	Max. kostnad
Total	11 064	3 362	3	35 195 492	10 469	3 181	220	553 806
Primärvård	5 144	2 102	2	8 484 474	4 036	1 649	220	16 401
Öppenvård	5 826	1 451	4	18 968 119	13 072	3 256	559	20 277
Slutenvård	94	77	1	7 742 899	100 557	82 371	3 932	553 806
Psykiatri	5 742	1 397	4	26 293 420	18 821	4 579	564	553 806



Figur 22. Antal kontakter, antal individer och totalkostnader i Värmland. Huvuddiagnos ångest, barn och ungdomar <19 år, 2016–2019.



Figur 23. Antal kontakter, antal individer och totalkostnader i Värmland. Huvuddiagnos ångest, vuxna ≥19 år, 2016–2019.

Avslutande kommentarer

År 2018 var de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna för depression cirka 97 miljoner kronor sammantaget för barn, ungdomar och vuxna i Värmland. Motsvarande kostnader för ångest uppgick till drygt 41 miljoner kronor. Kostnaderna för depression har ökat medan kostnaderna för ångest har minskat. För depression har antalet kontakter och antalet patienter ökat bland barn och ungdomar medan antalet patienter är relativt stabilt bland vuxna. Den totala kostnaden per individ har ökat för depression och minskat för ångest de senaste åren. Det största antalet kontakter för dessa sjukdomar sker i öppenvård för barn och ungdomar, och i öppenvård och primärvård för vuxna.

Bördan av depression är hög, både för individen och för samhället i stort, och det verkar finnas ett behov av terapier som har potential att förbättra produktiviteten hos deprimerade patienter (14). På liknande sätt som med depression och andra psykiska besvär, kan ångest bidra till betydlig funktionsnedsättning och resursanvändning, vilket innebär en betydlig finansiell börda som ökar med allvarlighetsgrad av sjukdomen (15–16). Forskningen har visat att generaliserad ångestsyndrom (GAD) är förknippat med betydande ekonomiska kostnader; användning av hälso- och sjukvårdsresurser (direkta kostnader) och indirekta kostnader på grund av förlorad arbetsproduktivitet och/eller frånvaro (17).

Uppgifterna från KPP-databasen kring kostnader som visas i tabellerna, kan antas vara en underuppskattning av troliga kostnader, då de inte inkluderar sekundära diagnoser och komplikationer. För att få en komplett bild av den totala ekonomiska bördan i samhället borde dessutom även immateriella kostnader inkluderas i kalkyler, för att på så vis värdera den minskade livskvaliteten på grund av sjukdomen.

Baserat på litteraturen och resultat om hälso- och sjukvårdskostnader, uppskattas de totala kostnaderna per patient för depression i Värmland vara ungefär 1 miljon kronor och för ångest ungefär 0,7 miljoner kronor per år. Indirekta kostnader (som produktionsbortfall) står för den största delen av den totala ekonomiska bördan för båda diagnoserna. I dessa kalkyler saknas de möjliga kommunala kostnaderna, exempelvis hemtjänst.

Sammanfattningsvis behövs kunskap om sjukdomskostnader för diskussioner om resursfördelning och vid beräkning av de samhällsekonomiska effekterna av olika typer av behandlingsmetoder och vårdprogram. För att sådana beräkningar ska kunna göras måste dock kostnaderna kombineras med studier av åtgärdernas effekter vad gäller patienternas sjuklighet och livskvalitet (18). Kunskap om såväl kostnader som hälsoeffekter behövs för att bestämma hur begränsade hälso- och sjukvårdsresurser bäst ska användas. Målet bör rimligen vara att åstadkomma så stora hälsoförbättringar som möjligt med de resurser som investeras (18).

Sammanfattning och diskussion

Psykisk hälsa och ohälsa i länet

Resultaten i denna rapport visar att drygt sju av tio vuxna i länet har gott psykiskt välbefinnande. Den psykiska hälsan verkar vara bäst bland vuxna i åldern 70–84 år. Bland ungdomar bedöms cirka åtta av tio ha god psykisk hälsa. En av tio av ungdomarna i årskurs 7 och två av tio av ungdomarna i årskurs 1 på gymnasiet anger att de ofta eller alltid är oroliga. Denna andel är högre bland tjejer än bland killar och har ökat de senaste åren.

Psykisk ohälsa är vanligt förekommande i länet och förorsakar stora konsekvenser för både individen och hälso- och sjukvården. Psykiska besvär såsom ångslan, oro eller ångest samt sömnbesvär drabbar ungefär en tredjedel av den vuxna befolkningen. Andelen med ångslan, oro eller ångest ser också ut att ha ökat de senaste åren både i Värmland och riket. Psykiska besvär, förutom sömnproblem, är vanligast bland unga vuxna, särskilt bland unga kvinnor. Depression, som är den vanligaste psykiska sjukdomen, förekommer hos cirka 10 procent av den vuxna befolkningen. Värmland ligger ungefär på samma nivå som riket i helhet vad gäller förekomsten av psykiska besvär och depression. Kvinnor drabbas i större utsträckning än män av psykisk ohälsa.

Män har högre risk för självmord än kvinnor. Antalet självmord varierar kraftigt från år till år i Värmland men är högre bland män i länet än i riket i förhållande till befolkningen och ligger ungefär på samma nivå som i riket bland kvinnor. I Värmland begår cirka 40 personer självmord varje år.

Läkemedelsanvändning för psykisk ohälsa är frekvent. Totalt 15 procent av kvinnorna och 8 procent av männen i Värmland använder antidepressiva läkemedel. Andelen som använder antidepressiva läkemedel är högre i Värmland än i riket och högst i åldern 85 år och äldre där en tredjedel använder dessa läkemedel. Användningen av antidepressiva läkemedel har ökat både i Värmland och riket det senaste decenniet.

Psykiska sjukdomar är en av de sjukdomsgrupper som står för flest vård dagar i slutenvård. Åren 2014–2018 orsakade psykiska sjukdomar totalt nästan 30 000 vård dagar i slutenvård per år i Värmland och var den näst vanligaste sjukdomsgruppen efter cirkulationsorganens sjukdomar. Dessa sjukdomar och besvär orsakar även en stor belastning på primärvården.

Psykiatriska diagnoser utgör 27 procent av de startade sjukskrivningarna i Sverige och är därmed den vanligaste diagnosgruppen. Psykiatriska diagnoser leder också i genomsnitt till längre sjukfall jämfört med andra sjukskrivningsdiagnoser. Värmland har närmare 5 000 pågående sjukfall per år varav drygt hälften orsakas av psykiska sjukdomar. I Liv & hälsa 2017-undersökningen angav 8 procent av de förvärvsarbetande kvinnorna och 2 procent av männen i åldern 30–69 år i länet att de hade varit sammanhängande sjukskrivna 29 dagar eller längre de senaste 12 månaderna för utbrändhet, utmattningsdepression eller stress.

Skydds- och riskfaktorer för psykisk hälsa

Majoriteten av befolkningen i Värmland har gott psykiskt välbefinnande. Andelen med gott psykiskt välbefinnande varierar emellertid mycket beroende på hur tillvaron ser ut för individen. Livsvillkor som social och ekonomisk trygghet samt levnadsvanor har stor betydelse för den psykiska hälsan. De starkaste skyddsfaktorerna för gott psykiskt välbefinnande visade sig vara att man trivs med sitt arbete (bland förvärvsarbetande), har tillit till andra människor, är fysiskt aktiv och har någon att anförtro sig åt, det vill säga socialt stöd. De starkaste riskfaktorerna var att besväras av ensamhet (i gruppen 70 år och äldre), att man upplever hemarbetet betungande (i gruppen 30–69 år), att man blivit nedlåtande behandlad och att man haft problem med löpande utgifter. Även faktorer som att man blivit nedlåtande behandlad under uppväxten (i gruppen 30–69 år), fetma, daglig rökning och ensamboende hade negativa samband med gott psykiskt välbefinnande. Däremot var varken utbildningsnivå eller födelseland förknippat med psykiskt välbefinnande.

Liknande resultat uppkom för depression. Att man haft problem med löpande utgifter, att man blivit nedlåtande behandlad, daglig rökning, fysisk inaktivitet samt avsaknad av tillit till andra människor hade starka samband med depression. I åldersgruppen 18–29 år var även arbetslöshet och

ensamboende samt övervikt eller fetma betydande riskfaktorer. I gruppen 30–69 år hade betungande hemarbete, och i gruppen 70 år och äldre ensamhet, de starkaste sambanden med depression. Vantrivsel i arbete var starkt kopplat till depression bland förvärvsarbetande. Men om än dessa faktorer benämns som riskfaktorer för depression är det bra att komma ihåg att sambanden kan vara riktade åt båda hållen.

Jämförelse med andra studier

Att andelen ungdomar med psykiska besvär har ökat i Värmland följer utvecklingen i riket. Folkhälsomyndigheten anger att andelen 13- och 15-åriga flickor och pojkar i Sverige som rapporterar återkommande psykosomatiska symtom såsom sömnsvårigheter, nedstämdhet, irritation, nervositet, huvudvärk, ont i magen, ont i ryggen och yrsel, har fördubblats sedan mitten av 1980-talet (19). Jämfört med andra nordiska länder har ökningen av psykosomatiska symtom varit mer omfattande i Sverige. Folkhälsomyndigheten konstaterar att de flesta faktorer som rör familjen har förbättrats eller inte förändrats nämnvärt under de senaste decennierna, medan det har blivit ökade skillnader i socioekonomiska förutsättningar, skolan fungerar sämre och att det finns större utmaningar på arbetsmarknaden för unga. Däremot är det oklart hur den ökade användningen av digitala medier har påverkat psykosomatiska symtom. Deras slutsats är att det är troligt att såväl brister i skolans funktion, som en ökad medvetenhet om de ökade krav som förändringarna på arbetsmarknaden medför, har bidragit till ökningen av psykosomatiska symtom bland barn och unga. Folkhälsomyndigheten bedömer därför att den svenska skolan behöver stärkas. Såväl Kommissionen för jämlik hälsa (20) som Skolkommissionen (21) har lyft fram förslag som syftar till att skapa en god lärandemiljö i skolan, höjda kunskapsresultat och ett likvärdigt utbildningssystem.

Resultaten i denna rapport vad gäller vuxna är i stort sett i linje med tidigare studier (5–6, 22–24) och visar att det är många faktorer som påverkar den psykiska hälsan i befolkningen. Sociala relationer är på många sätt viktiga för den psykiska hälsan. Socialt stöd utgör en skyddsfaktor som kan fungera som buffert i psykosociala krissituationer eller påfrestningar. Brist på socialt stöd och nedlåtande behandling är däremot förknippade med psykiska besvär. Även att blivit nedlåtande behandlad under uppväxten hade samband med psykisk ohälsa, vilket bekräftas av tidigare studier (22). Bland äldre har ofrivillig ensamhet visat sig att ha en stark koppling till depression (25), vilket är i linje med våra resultat.

Förutom sociala relationer har ekonomin en stor betydelse för den psykiska hälsan. De som har ekonomiska svårigheter har i större utsträckning psykiska besvär och depression (23–24). I åldersgruppen 30–69 år var betungande hemarbete den starkaste riskfaktorn för psykisk ohälsa. Detta har framkommit även i tidigare studier (6, 26) och gäller såväl kvinnor som män. Det innebär att hemarbete är en viktig, men ofta förbisedd, faktor hos vuxna i arbetsför ålder som behöver tas hänsyn till när man planerar åtgärder för att främja psykisk hälsa.

Andra faktorer som hade stark koppling till psykisk ohälsa var fysisk inaktivitet, daglig rökning och fetma. Fysisk aktivitet har påvisats att ha en positiv inverkan på psykisk hälsa i tidigare studier och används även som behandling av lindrig och medelsvår depression (27). Tidigare studier har också visat att daglig rökning är en riskfaktor för psykisk ohälsa (28). Fetma har samband med psykiska besvär, i synnerhet bland kvinnor (29). Tidigare studier har funnit att undervikt är kopplad till psykisk ohälsa (6), men antalet personer med undervikt var i denna studie för litet för att kunna säkerställa statistiskt signifikanta samband. I motsats till tidigare studier (30), var riskbruk av alkohol statistiskt signifikant kopplat till depression endast bland förvärvsarbetande.

Bland förvärvsarbetande var vantrivsel i arbetet en av de starkaste riskfaktorerna för depression. Detta betonar betydelsen av arbetet och arbetsplatsen för den psykiska hälsan i befolkningen. Arbetslöshet var en betydande riskfaktor bland unga vuxna, vilket även uppmärksammades i Folkhälsomyndighetens kunskapssammanställning om socioekonomiska skillnader i psykisk hälsa (5).

På grund av begränsat material var det inte möjligt att studera skillnader i psykisk hälsa utifrån sexuell läggning. En tidigare studie i Mellansverige har dock rapporterat att icke heterosexuella vuxna har psykiska besvär i större utsträckning än heterosexuella (31). Motsvarande resultat angående sexuell läggning och mående har rapporterats bland ungdomar (32). Andra faktorer som hade negativa samband med mående bland ungdomar var oro för familjens ekonomi samt funktionsnedsättningar.

Varken utbildningsnivå eller födelse-land var förknippade med psykiskt välbefinnande i länet. Emellertid var förekomsten av depression hos äldre högre bland dem som var födda i övriga Norden än bland dem som var födda i Sverige. Ensamstående föräldrar visade sig inte ha sämre psykisk hälsa än sammanboende föräldrar när hänsyn tagits till andra riskfaktorer.

Studiens resultat är i linje med de nya nationella målområdena för folkhälsa (33). Alla målområden berörs, men i synnerhet målområde 1, (Det tidiga livets villkor), målområde 3 (Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö), målområde 4 (Inkomster och försörjningsmöjligheter), målområde 6 (Levnadsvanor) samt målområde 7 (Kontroll, inflytande och delaktighet), är viktiga för arbetet för att främja den psykiska hälsan i befolkningen. Resultaten hänger även samman med målen för hållbar utveckling (SDG) i Agenda 2030 (34). O gynnsamma förhållanden kan återfinnas inom olika dimensioner: demografi, ekonomi, närområde, miljö och en social och kulturell domän. Inom dessa finns både distala (strukturella förhållanden såsom mångfald, lågkonjunktur och bebyggd miljö) och proximala faktorer (närmare individen såsom inkomst, arbetslöshet och socialt stöd) som har betydelse för psykisk hälsa.

Den psykiska hälsan är förknippad med den fysiska hälsan, i synnerhet med värk i rörelseorganen (8–9). Ett samband mellan värk i rörelseorganen och psykiska besvär kunde även ses bland vuxna i Värmland. Andelen med ångslan, oro eller ångest var högre bland dem som besväras av värk i skuldror, nacke eller axlar, oavsett kön och ålder.

Även om förekomsten av psykisk ohälsa i länet ser ut att följa nivån och utvecklingen i riket som helhet finns det några undantag. Användning av antidepressiva läkemedel är högre i Värmland än i riket, vilket kan bero på många olika faktorer. Förekomsten av självmord är högre i Värmland än i riket, speciellt bland män. År 2009 inträffade det högsta antalet självmord bland män i Värmland under de senaste 20 åren. Samma år fördubblades arbetslösheten från 5 till 10 procent bland män i Värmland på grund av den internationella ekonomiska krisen, medan ökningen var något mindre bland män i riket och bland kvinnor. Fastän det inte går att bevisa direkt koppling mellan dessa två händelser kan den ökade arbetslösheten ha bidragit till ökningen i självmord, eftersom arbetslöshet ökar risken för självmord (35), i synnerhet bland män (36).

Det finns skillnader i andelen med psykiska besvär och depression mellan kommuner där exempelvis Grums har högre förekomst än Torsby. Likartade resultat har även rapporterats från ett regionalt forskningsprojekt där skillnader i självmord har studerats utifrån ett suicidpreventivt perspektiv (37).

Under våren 2020 drabbades Sverige av en världsomfattande pandemi av coronavirus som orsakade sjukdomen covid-19. Det ledde till begränsningar inom många sektorer av samhället, en ökad belastning på hälso- och sjukvården, samt en ekonomisk kris med en kraftig ökning av permitteringar och arbetslöshet. Pandemins inverkan på den psykiska hälsan i befolkningen har ännu inte kartlagts i Sverige men en studie i Storbritannien visade att andelen med depression och ångest ökade, i synnerhet bland unga vuxna, efter att premiärministern beordrade människorna att stanna hemma (38). I Sverige konstaterade Denny Vågerö, professor i socialmedicin, att baserat på tidigare erfarenheter av ekonomiska kriser, är det sannolikt att vi även denna gång får se en ökad dödlighet framöver (39). Detta för att massarbetslöshet leder till ökad dödlighet i befolkningen bland annat i alkoholrelaterade sjukdomar, självmord och hjärt- och kärlsjukdomar. Enligt Denny Vågerö är lågutbildade män, män med låg inkomst samt ogifta män en särskild riskgrupp.

Negativa effekter på den psykiska hälsan kan uppkomma av sociala åtgärder som karantän och nedstängning, samt rädslan för sjukdomen och livsstilsförändringar i samband med coronapandemin (40–41). I Region Stockholm har Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin sammanfattat pandemins potentiella kortsiktiga effekter på den psykiska hälsan i befolkningen. Sammanfattningen är främst baserad på den tidigare SARS-epidemin (42). Enligt dem löper vårdpersonal och personer som intensivvårdats för coronaviruset stor risk för nedsatt psykisk hälsa. En annan grupp är äldre personer över 70 år samt personer med bakomliggande sjukdomar, eftersom isolering kan öka risken för psykiatriska diagnoser. Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention vid Karolinska Institutet konstaterar dessutom att vissa specifika befolkningsgrupper är mer påverkade än andra (41). Unga, äldre och personer med inlärningssvårigheter och psykiska funktionshinder har högre risk för negativa psykiska hälsoeffekter. De uppmärksammar också det potentiellt ökande antalet självmord

och självskador som kan följa coronapandemins efterverkningar på samhällsnivå (43). Även WHO och FN har betonat pandemins inverkan på den psykiska hälsan och behovet av att investera i hälsofrämjande och förebyggande åtgärder utöver vårdinsatserna (44–45).

Hälsoekonomiska beräkningar

Bördan av psykisk ohälsa, i synnerhet depression, är hög, både för individen och för samhället i stort. I Värmland uppgår de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna för depression till närmare 100 miljoner kronor per år och för ångest till cirka 40 miljoner kronor per år. De samhälleliga kostnaderna i form av produktionsbortfall, sjukfrånvaro och minskad livskvalitet är dock mycket högre.

Hälso- och sjukvårdskostnaderna för depression har ökat medan kostnaderna för ångest har minskat de senaste åren. Det största antalet kontakter för dessa sjukdomar sker i öppenvård för barn och ungdomar, i öppenvård och primärvård för vuxna, medan slutenvården står för de största kostnaderna per patient. För depression ökar antalet kontakter och antalet patienter bland barn och ungdomar medan antalet patienter är relativt stabilt bland vuxna. Detta skulle kunna tyda på att förekomsten av depression ökar bland barn och ungdomar men är mer konstant bland vuxna, även om antalet patienter inte nödvändigtvis reflekterar förekomsten i befolkningen. För ångest varierar antalet patienter bland barn och ungdomar, men ökar något bland vuxna.

Studiens begränsningar

Svarsfrekvensen i enkätundersökningen Liv & hälsa 2017, som stora delar av denna rapport baseras på, var 44 procent. Detta är i samma storleksordning som i motsvarande befolkningsundersökningar de senaste åren (46). I den beskrivande delen baserad på denna undersökning samt undersökningen Hälsa på lika villkor har resultaten korrigerats för bortfall för att de i möjligaste mån avspeglar förhållandena i befolkningen (47).

Eftersom vi mätt skydds- och riskfaktorerna och psykisk hälsa vid samma tillfälle, kan vi inte ta ställning vad som är orsak och vad som är verkan. Ofta är sambanden riktade åt båda hållen som framgår av figur 17. Till exempel kan ekonomiska svårigheter orsaka psykiska besvär men psykisk ohälsa kan också leda till ekonomiska svårigheter genom sänkta inkomster på grund av sjukskrivning eller sjuk- och aktivitetsersättning. De faktorer som studerats i denna rapport har dock visat sig vara kopplade till psykisk hälsa även i uppföljningsstudier.

Vad gäller registerdata från Socialstyrelsens databaser och motsvarande register, så är dessa av god kvalitet. Uppgifter baserade på registerdata förstärker oftast den bild som kommer fram i befolkningsstudier.

Slutsatser

Folkhälsomyndigheten konstaterar att arbetet med att främja psykisk hälsa, förebygga psykisk ohälsa och minska suicid kräver insatser från flera aktörer inom olika samhällssektorer (48). Särskilt viktig för hälsofrämjande och förebyggande åtgärder är gruppen unga vuxna där den största andelen med psykiska besvär återfinns. Bland dem är även arbetslösheten, andelen med ekonomiska svårigheter och andelen som upplever att de blivit nedlåtande behandlade störst samt andelen som har tillit till andra människor minst (49). Andra grupper där dessa åtgärder är angelägna är förvärvsarbetande med hög risk för sjukskrivning samt äldre över 85 år. Därutöver kommer breda hälsofrämjande åtgärder att komma alla till del.

I Värmland finns en regional samverkansgrupp för suicidprevention som har tagit fram en regional handlingsplan för suicidprevention (50). I handlingsplanen ingår bland annat insatser för ökat samarbete, kompetenshöjning hos personal och insatser för ökad kunskap hos befolkningen. Ett av de fem fokusområden i handlingsplanen är främjande av psykisk hälsa och förebyggande av psykisk ohälsa. Det suicidpreventiva arbetet i länet är således en viktig del i sammanhanget. Även på EU-nivå pågår arbete vad gäller suicidprevention (51).

I en tidigare studie (6) konstaterades att följande faktorer utgör en god jordmån för den psykiska hälsan i befolkningen:

- Goda relationer och socialt stöd
- Ekonomisk trygghet
- Möjlighet till avlastning när hemarbetet är betungande
- Sysselsättning och trivsel på arbetet

Dessa faktorer gäller i stort sett även den psykiska hälsan i Värmland. Till dem kan läggas två ytterligare faktorer:

- Goda uppväxtvillkor
- Hälsosamma levnadsvanor

Resultaten i denna rapport visar också att psykisk ohälsa medför stora kostnader för hälso- och sjukvården i Värmland. Genom att stärka befintliga skyddsfaktorer och reducera eventuella riskfaktorer kan psykisk hälsa främjas och ohälsa förebyggas. Med effektiva satsningar på förebyggande åtgärder kan förekomsten av psykisk ohälsa i befolkningen i länet minska, vilket i sin tur bidrar till minskad vårdkonsumtion och hälso- och sjukvårdskostnader för psykiska sjukdomar. Även andra samhällskostnader kommer att påverkas och inte minst kommer individernas hälsa och livskvalitet att förbättras.

Referenser

1. Bremberg S, Dalman C. Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – en kunskapsöversikt. Forte, 2015.
2. Försäkringskassan. Svar på regeringsuppdrag. Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2018. Rapport 002671-2018.
3. SBU. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattnings-syndrom. En systematisk litteraturöversikt. SBU Utvärderar, rapport nr 223, 2014.
4. World Health Organization. Social determinants of mental health. Geneva; World Health Organization, 2014.
5. Folkhälsomyndigheten. Ojämligheter i psykisk hälsa. Kunskapssammanställning. Stockholm; Folkhälsomyndigheten, 2019.
6. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Eriksson HG, Lindén-Boström M, Nordström E, Persson C, Sahlqvist L, Starrin B, Ydreborg B. Jordmån för psykisk hälsa – Resultat från undersökningen Liv & hälsa 2004. Liv & hälsa 2004, rapport nr 2, 2006.
7. Korkeila J, Lehtinen V, Bijl R, Dalgard AS, Kovess V, Morgan A, Salize HJ. Establishing a set of mental health indicators for Europe. Scand J Public Health 2003;31:451-9.
8. Lundberg U. Psykisk stress och muskuloskeletala besvär: psykobiologiska mekanismer. Brist på vila och återhämtning större problem än arbetsbelastning. Läkartidningen 2003;100:1892-5.
9. McWilliams LA, Goodwin RD, Cox BJ. Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. Pain 2004;111:77-83.
10. Wåhlin C. Vad kostar den psykiska ohälsan arbetsgivare? 2016. <http://arbetsochmiljomedicin.se/vad-kostar-den-psykiska-ohalsan-arbetsgivare/>
11. Sobocki P, Lekander I, Borgstrom F, Strom O, Runeson B. The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. Eur Psychiatry 2007;22:146-52.
12. Ekman M, Granstrom O, Omerov S, Jacob J, Landen M. The societal cost of depression: evidence from 10,000 Swedish patients in psychiatric care. J Affect Disord 2013;150:790-7.
13. Sobocki P, Jonsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. J Ment Health Policy Econ 2006;9:87-98.
14. Sobocki P, Ekman M, Ågren H, Krakau I, Runeson B, Mårtensson B, Jönsson B. Resource use and costs associated with patients treated with depression in primary care. Eur J Health Economics 2007;8:67-76.
15. Toghianian S, Dibonaventura M, Jarbrink K, Locklear JC. Economic and humanistic burden of illness in generalized anxiety disorder: an analysis of patient survey data in Europe. Clinicoecon Outcomes Res 2014;6:151-63.
16. Depression: En rapport om mänskliga och ekonomiska vinster. Sveriges Psykologförbund, 2009.
17. Hoffman DL, Dukes EM, Wittchen HU. Human and economic burden of generalized anxiety disorder. Depress Anxiety 2008;25:72-90. Review.
18. Ekman M, Granstrom O, Omerov S, Jacob J, Landen M. Kostnader för bipolar sjukdom, depression, schizofreni och ångest. Läkartidningen 2014;111:1362-4.
19. Folkhälsomyndigheten. Kortversion av Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Stockholm; Folkhälsomyndigheten, 2018.
20. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa (SOU 2017:47). Stockholm: Fritzes.
21. Skolkommissionen. Samling för skolan. Nationell strategi för kunskap och likvärdighet (SOU 2017:35). Stockholm: 2017.
22. Granström F, Eriksson HG, Molarius A. Economic stress and condescending treatment in childhood and adult self-rated health: results from a population study in Sweden. BMC Public Health 2017;17:489.

23. Molarius A, Granström F. Educational differences in psychological distress? Results from a population-based sample of men and women in Sweden in 2012. *BMJ Open* 2018;8:e021007.
24. Ahnquist J, Wamala S. Economic hardship in adulthood and mental health in Sweden. The Swedish National Public Health Survey 2009. *BMC Public Health* 2011;11:788.
25. Erzen E, Çikrikci Ö. The effect of loneliness on depression: A meta-analysis. *Int J Soc Psychiatry* 2018;64:427-35.
26. Melchior M, Berkman LF, Niedhammer I, et al. The mental health effects of multiple work and family demands. A prospective study of psychiatric sickness absence in the French GAZEL study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:573-82.
27. Dinas PC, Koutedakis Y, Flouris AD. Effects of exercise and physical activity on depression. *Ir J Med Sci* 2011;180:319-25.
28. Banzer R, Haring C, Buchheim A, Oehler S, Carli V, Wasserman C, et al. Factors associated with different smoking status in European adolescents: results of the SEYLE study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017;26:1319-29.
29. Scott KM, Bruffaerts R, Simon GE, et al. Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *Int J Obesity* 2008;32:192–200.
30. Tait RJ, French DJ, Burns R, Anstey K. Alcohol use and depression from middle age to the oldest old: gender is more important than age. *Int Psychogeriatr* 2012;24:1275–83.
31. Hälsa på lika villkor? Självskattad hälsa hos HBHO-personer i Mellansverige 2012. Örebro läns landsting, 2013. <https://www.regionorebrolan.se/sv/Halsa-och-vard/Folkhalsa/Publikationer/>
32. Mår alla bra? Rapport 3 – Livsvillkor. Rapportserie från Liv och hälsa ung-undersökningarna 2017 i Mellansverige, 2019. <https://www.regionorebrolan.se/sv/Halsa-och-vard/Folkhalsa/Publikationer/>
33. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik. Prop 2017/18.249.
34. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry* 2018;5:357-69.
35. Haw C, Hawton K, Gunnell D, Platt S. Economic recession and suicidal behaviour: Possible mechanisms and ameliorating factors. *Int J Soc Psychiatr* 2015;61:73-81.
36. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008–10 economic recession in England: Time trend analysis. *BMJ* 2012;345:e5142.
37. Karlstads universitet. Om män och självmord. 2019-12-04. <https://www.kau.se/nyheter/om-man-och-sjalvmord>
38. The Guardian. Rise in depression and anxiety day after UK lockdown announced – study. 2020-03-31. <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/31/rise-in-depression-and-anxiety-day-after-uk-lockdown-announced-study-coronavirus>
39. SVT. Arbetslösa riskerar att dö i förtid. 2020-03-26. <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/arbetslosa-riskerar-att-do-i-fortid>
40. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020;395:912–20.
41. Karolinska Institutet. Covid-19: Resurser för psykiskt välbefinnande. Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention, 2020. <https://ki.se/nasp/covid-19-resurser-for-psykiskt-valbefinnande>
42. Region Stockholm. Coronapandemin och psykisk hälsa. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2020. <https://ces.sll.se/var-verksamhet/rapporter-och-faktablad/coronapandemins-potentiella-effekter-pa-folkhalsan/>
43. Karolinska Institutet. Coronaviruset: Risk för ökande självmord och självskador i samhället efter pandemin. Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention, 2020.

- <https://ki.se/nasp/coronaviruset-risk-for-okande-sjalmord-och-sjalvskador-i-samhallet-efter-pandemin>
44. World Health Organization. Mental health & COVID-19. WHO, 2020.
<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19>
 45. United Nations. Policy brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. United Nations, 13 May 2020. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf
 46. Folkhälsomyndigheten. Hälsa på lika villkor? Nationella folkhälsoenkäten.
<http://www.folkhalsomyndigheten.se>
 47. Lundström S, Särndal C-E. Calibration as a standard method for treatment of nonresponse. *J Off Stat* 1999;15:305–27.
 48. Folkhälsomyndigheten. Vi arbetar för en god och jämlik psykisk hälsa i hela befolkningen.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/psykisk-halsa/>
 49. Om värmlänningarna. Planeringsunderlag för Region Värmland 2019. Region Värmland, 2019. <https://www.regionvarmland.se/folkhalsaisiffror>
 50. Regional handlingsplan för suicidprevention och minskad psykisk ohälsa 2017–2019. Suicidprevention i Värmland, 2017.
 51. EUREGENAS. Arbetspaket 6 - Allmänna riktlinjer om suicidprevention.
<https://www.euregenas.eu/svenska/>

Bilaga 1. Resultat av logistiska regressionsmodeller

Tabell B1. Oddskvoter och 95% konfidensintervall för skydds- och riskfaktorer för gott psykiskt välbefinnande (WHO-5) bland vuxna 18+ år, Värmland. (Sambanden är justerade för kön, ålder, utbildningsnivå, födelse land samt övriga riskfaktorer i modellen.) Källa: Liv & hälsa 2017.

Skyddsfaktorer	OR (95% KI)	Riskfaktorer	OR (95% KI)
Trivs med sitt arbete*	4,8 (3,6; 6,5)	Besväras av ensamhet**	0,2 (0,1; 0,2)
Har tillit till andra människor	2,3 (1,9; 2,7)	Betungande hemarbete***	0,2 (0,2; 0,3)
Fysiskt aktiv	2,3 (1,9; 2,6)	Nedlåtande behandlad	0,3 (0,3; 0,4)
Har någon att anförtro sig åt	1,9 (1,6; 2,4)	Problem med löpande utgifter	0,5 (0,4; 0,7)
Ålder 70–84 år	1,4 (1,1; 1,8)	Ålder 85+ år	0,6 (0,4; 0,8)
Ålder 50–69 år	1,3 (1,1; 1,8)	Kvinna	0,6 (0,5; 0,7)
		Nedlåtande behandlad under uppväxten***	0,7 (0,5; 0,9)
		Dagligrökare	0,7 (0,6; 1,0)
		Fetma	0,7 (0,6; 0,9)
		Ensamboende	0,8 (0,7; 1,0)

* Förvärvsarbetande 18–69 år. ** 70+ år. *** 30–69 år.

Tabell B2. Oddskvoter och 95% konfidensintervall för riskfaktorer för självrapporterad diagnosticerad depression bland vuxna 18+ år, Värmland. (Sambanden är justerade för kön, ålder, utbildningsnivå, födelse land samt övriga riskfaktorer i modellen.) Källa: Liv & hälsa 2017.

Samtliga 18+ år		Kvinnor		Män	
Problem med löpande utgifter	2,5 (1,9; 3,3)	Nedlåtande behandlad	2,5 (1,8; 3,5)	Problem med löpande utgifter	2,9 (1,8; 4,8)
Nedlåtande behandlad	2,4 (1,9; 3,1)	Problem med löpande utgifter	2,3 (1,8; 3,5)	Nedlåtande behandlad	2,2 (1,4; 3,4)
Dagligrökare	1,9 (1,3; 2,7)	Fysiskt inaktiv	2,0 (1,5; 2,7)	Ej tillit till andra människor	1,9 (1,2; 2,8)
Ej tillit till andra människor	1,8 (1,4; 2,4)	Dagligrökare	1,9 (1,2; 3,0)	Fysiskt inaktiv	1,5 (1,0; 2,3)
Fysiskt inaktiv	1,8 (1,4; 2,3)	Ej tillit till andra människor	1,9 (1,3; 2,6)		
Fetma	1,6 (1,2; 2,1)	Fetma	1,9 (1,3; 2,6)		
Har ej någon att anförtro sig åt	1,5 (1,1; 2,0)	Ålder 30–49 år	1,7 (1,1; 2,6)		
Ålder 30–49 år	1,5 (1,1; 2,2)	Har ej någon att anförtro sig åt	1,6 (1,0; 2,4)		
Kvinna	1,5 (1,1; 1,9)				
Ensamboende	1,4 (1,0; 1,8)				

Tabell B3. Oddskvoter och 95% konfidensintervall för riskfaktorer för självrapporterad diagnosticerad depression, uppdelat på åldersgrupp, Värmland. (Sambanden är justerade för kön, ålder, utbildningsnivå, födelse-land samt övriga riskfaktorer i modellen.) Källa: Liv & hälsa 2017.

18–29 år		30–69 år		70+ år	
Nedlåtande behandlad	3,1 (1,6; 5,8)	Betungande hemarbete	2,6 (1,7; 3,9)	Besväras av ensamhet	7,0 (4,2; 11,6)
Problem med löpande utgifter	2,9 (1,6; 5,0)	Trivs ej med sitt arbete*	2,4 (1,5; 3,9)	Född i övriga Norden	3,5 (1,7; 7,3)
Arbetslöshet	2,6 (1,0; 6,4)	Problem med löpande utgifter	2,0 (1,3; 3,1)	Problem med löpande utgifter	2,3 (1,1; 4,8)
Ensamboende	2,5 (1,4; 4,5)	Dagligrökare	1,9 (1,1; 3,3)	Ej tillit till andra människor	2,2 (1,4; 3,5)
Övervikt eller fetma	2,1 (1,2; 3,5)	Fetma	1,9 (1,3; 2,7)	Fysiskt inaktiv	1,9 (1,2; 3,0)
		Nedlåtande behandlad	1,9 (1,3; 2,7)		
		Nedlåtande behandlad under uppväxten	1,8 (1,2; 2,7)		
		Kvinna*	1,8 (1,1; 2,9)		
		Riskbruk av alkohol*	1,8 (1,0; 3,1)		
		Har ej någon att anförtra sig åt	1,8 (1,1; 2,8)		
		Ej tillit till andra människor	1,6 (1,1; 2,3)		
		Fysiskt inaktiv	1,6 (1,1; 2,3)		

* Förvärvsarbetande 30–69 år.

