

Populärvetenskaplig kunskapsöversikt



FORSKNINGSRÅDET FÖR ARBETSLIV
OCH SOCIALVETENSKAP

I skuggan av sig själv

PSYKISK OHÄLSA I FÖRÄNDRING

Populärvetenskaplig kunskapsöversikt

I skuggan av sig själv

PSYKISK OHÄLSA I FÖRÄNDRING

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap

En serie populärvetenskapliga kunskapsöversikter från
Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS)
Nr. 1 I skuggan av sig själv. Psykisk ohälsa i förändring

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap initierar och
finansierar grundläggande och behovsstyrd forskning för att
främja människors arbetsliv, hälsa och trygghet.

Redaktör och projektledare: Bodil Gustavsson

Vetenskapsjournalist: Helena Östlund, Reportagebörsen

Planeringsgrupp: Kenneth Abrahamsson, Kerstin Carsjö,
Hélène Sandmark

Referensgrupp: professor Finn Diderichsen, professor Lars-Charter
Hydén, professor Ingvar Lundberg, professor Ewa Menckel,
professor emeritus Claes-Göran Westrin.

Omslag och grafisk form: Lena Eliasson,

Prospect Communication AB

Illustrationer: Ann Roslien

Tryck: AlfaPrint AB, Solna

Copyright: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS),
2002. Författarna svarar för innehållet i publikationen.

ISBN: 91-89602-10-2

Beställningsinformation:

Denna rapport kan beställas från Hellmans Förlag AB

E-post: info@hellmansforlag.se

Tel. 0150-78 880 eller från FAS hemsida:

www.fas.forskning.se under rubriken publikationer.

Pris: 100 kronor exkl. moms och porto

Utgivare:

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS)

Box 2220, 103 15 Stockholm, telefon 08-775 40 70

Internet: www.fas.forskning.se

E-post: fas@fas.forskning.se

Innehåll

- 4 Förord
- 7 Psykisk ohälsa i tidens spegel
- 17 En psykiatrikers erfarenheter från 50-talet till i dag
- 29 Depressionens skiftande ansikten
- 39 Alexandra: ”Det kändes som om jag helt slutade att fungera”
- 47 Unik studie om psykisk hälsa
- 57 God hälsa på arbetsplatserna är en folkhälsofråga
- 65 Lyckat förändringsarbete vid Malmö Brandkår
- 71 Starkt samband mellan psykisk ohälsa och dåliga arbetsvillkor
- 79 Barn och ungdomars ökande depressioner
- 91 Sandra: ”Psykologen lärde mig att förstå och att hantera problem på ett annat sätt”
- 97 Psykisk ohälsa – ett folkhälsoproblem på mer än ett sätt
- 104 Definitioner

Förord

Psyisk ohälsa skapar totalt en större sjukdomsörda än andra ohälsoproblem på grund av att den mer än dessa drabbar unga personer och då ofta under lång tid. Samtidigt kan en bättre allmän förståelse för olika former av psykisk ohälsa kanske lätta på örda, eftersom det bland annat kan leda till att fler får en adekvat vård. Det är därför angeläget för forskningsråden att inte bara stöda forskning om psykisk ohälsa utan också att sprida kunskap om dess kännetecken och uttrycksformer.

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) har ett ansvar för folkhälsoforskningen och därmed också för forskning om psykisk ohälsa. I och med det har FAS även ansvar för att bidra till spridningen av den kunskap om den psykiska ohälsan som kommit fram genom forskning och klinisk verksamhet. Denna skrift är en del i det arbetet. I den berättar forskare inom psykiatri och socialmedicin hur psykiska sjukdomar betraktats genom åren och hur samhällets och medicinens reaktion på dem förändrats. Vi får också beskrivningar av depression från psykiatrikerns och patientens synvinkel.

Den bild av ohälsans mekanismer som ges i denna skrift är dock inte fullständig. Till exempel behandlas inte alkohol och drogproblem, inte psykiska störningar hos äldre personer, inte psykisk hälsa och etnicitet eller psykisk ohälsa som en följd av funktionshinder eller annan sjukdom.

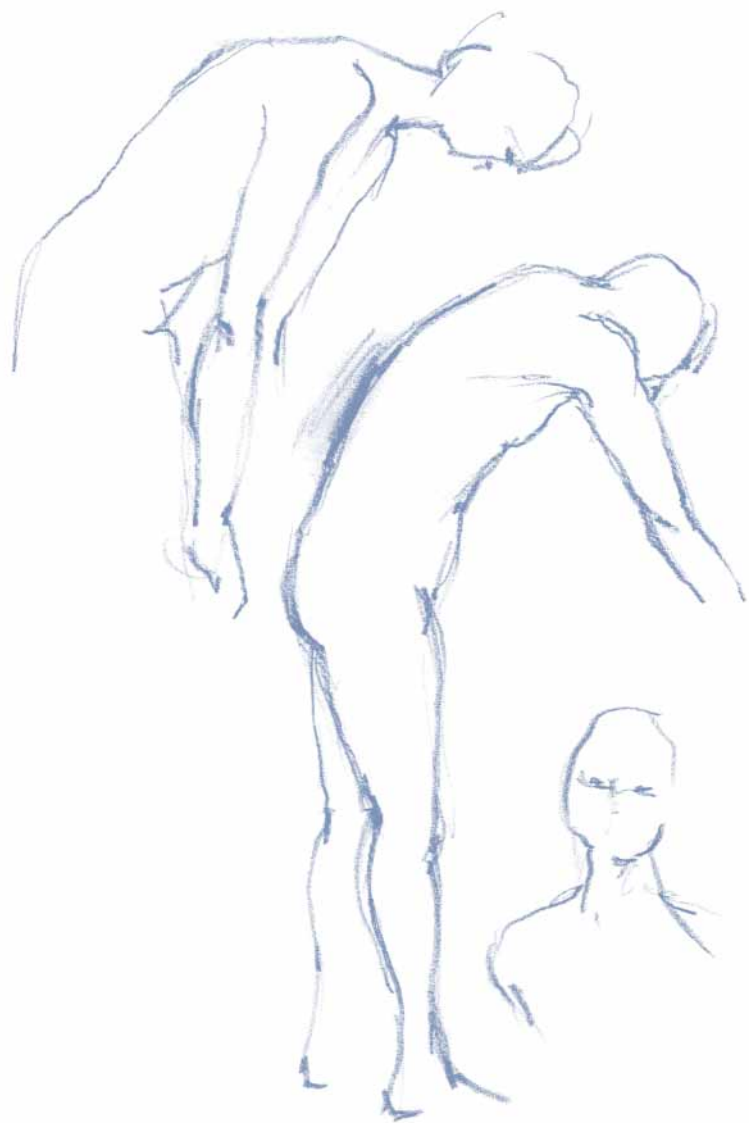
På senare år har arbetslivets eventuella betydelse för den psykiska ohälsan aktualiserats både som ett folkhälsoproblem och som en samhällsekonomisk belastning. Eftersom FAS ger ett omfattande stöd till forskningen om arbetslivet var det naturligt att i en skrift som denna även ta upp några aspekter av relationen mellan arbete och psykisk ohälsa.

Det är rådets förhoppning att vi genom att ge ut denna skrift om psykisk ohälsa kan bidra till en ökad kännedom och förståelse av sådana hälsoproblem och därmed kanske på sikt även bidra till ett något minskat lidande för dem som drabbas.

Robert Erikson

Huvudsekreterare

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap



LARS-CHRISTER HYDÉN

Psykisk ohälsa i tidens spegel

Av professor Lars-Christer Hydén

Vad vi betraktar som psykisk hälsa och ohälsa skiftar över historiska epoker och mellan kulturer. Det som är typiska exempel på psykisk ohälsa för oss i dag kan för hundra år sedan ha varit något som sågs som en naturlig del av det mänskliga livet. Också vår föreställning om att det finns något som vi kan kalla ”psykisk ohälsa” är något som har växt fram med den urbana, moderna världen under sent 1800-tal och tidigt 1900-tal.

I den moderna världen har massmedia, i form av tidningar, radio och TV, en mycket stor betydelse för att påverka våra föreställningar om psykisk hälsa och ohälsa. Dessa medier har under 1900-talet haft en enorm betydelse för att sprida och diskutera olika typer av föreställningar kring hälsa och ohälsa – något som vi kan bevittna i dag i diskussionen kring stress och utbrändhet.

Den offentliga diskussionen hämtar näring från den vetenskapliga forskningen, framför allt inom områden som medicin och psykologi. Vetenskapliga genombrott och en snabb

kunskapsutveckling leder ofta till att olika vetenskapliga områden och föreställningar kommer att få stor spridning i samhället och kulturen. Som historiska exempel kan forskningen kring trötthet och utmattning kring slutet av 1800-talet nämnas, psykoanalysens framväxt under 1920-talet, de farmakologiska framstegen på 1950-talet och i dag den genmolekylära forskningen.

De vetenskapliga teorierna blir framför allt genom massmedia del av de vardagliga föreställningar och sätten att tänka och förhålla sig till sin egen hälsa och ohälsa. Beteckningar på psykisk ohälsa eller avvikelse, som har sitt ursprung i ett vetenskapligt sammanhang, tenderar att genom den offentliga debatten förflyttas till vardagliga diskussioner. Så har exempelvis begrepp som *neuro*, *psykos* och *borderline* blivit förhållandevis vardagliga ord. Ofta har också vetenskapliga kontroverser lämnat avtryck i den allmänna debatten och fått betydelse för den vardagliga organisationen av vården. Sentida exempel på denna typ av konflikter är motsättningen mellan psykodynamiskt och biologiskt inriktade uppfattningar om psykisk ohälsa och behandling.

Det betyder att definitioner av vad som är psykisk hälsa och ohälsa är knutna till sitt historiska och kulturella sammanhang. Det är därför svårt, för att inte säga omöjligt, att lägga fast en definition som gäller för alla sammanhang och tider. Snarare måste vi förmodligen utgå ifrån att definitionerna liksom föreställningarna kring vad som kan betraktas som normalt och avvikande skiftar. Det gör det speciellt intressant att just titta på och studera dessa skillnader.

I denna artikel skall en översikt skisseras över den allmänna samhälleliga diskussionen kring psykisk ohälsa och brist

på psykiskt välbefinnande hos människor i Sverige under 1900-talet. Det gör att det finns anledning till ett ganska brett perspektiv. I fokus står föreställningar om vad som kan uppfattas som psykisk hälsa och ohälsa, sätt att beskriva och klassificera psykisk hälsa och ohälsa, samt diskussionen kring åtgärder och organisation av vård.

Det gamla sekelskiftet

Om vi går tillbaka cirka hundra år i tiden finner vi en diskussion om psykisk ohälsa som har vissa drag gemensamt med dagens debatt. Trots dessa likheter rör den sig till största delen i en social och kulturell värld som är väldigt annorlunda jämfört med vår. Under det sena 1800-talet och tidiga 1900-talet lierade sig den moderna medicinen och psykiatrin med modernismens sociala och kulturella krafter mot vad man uppfattade som religiös vidskepelse och folketro. Läkare, tillsammans med intellektuella och framsynta statstjänstemän bildade tillsammans en gemensam front. Det som man i synnerhet vände sig emot var en religiös föreställningsvärld uppbyggd kring begrepp som synd och skam. I stället företrädde man ett synsätt baserat på rationella, vetenskapliga förklaringar och förhållningssätt.

Sätten att tänka kring sjukdom och psykiskt lidande skulle snarare återspegla den vetenskapliga forskningens senaste rön än Bibelns föreställningar. Med rationella förklaringar följde också rationella behandlingsmetoder baserade på vetenskaplig grund. Olika behandlingsmetoder som byggde på användande inte minst av den teknologi som på denna tid betraktades som hypermodern som exempelvis elektriciteten blev populära och allmänt spridda.

Det är också uppenbart att man för hundra år sedan inte gjorde den skarpa och ideologiska åtskillnad som gjorts senare mellan biologiska och psykologiska teorier om psykisk ohälsa, och de därmed förknippade behandlingsmetoderna. Både professionella och lekmän rörde sig fritt och invant mellan psykologiska och biologiska förklaringar och behandlingsmetoder utan att det uppfattades som något speciellt motsägelsefullt eller problematiskt.

De problem som framstod som centrala psykiska ohälsoproblem för hundra år sedan skiljer sig delvis från vad vi diskuterar i dag. Läkare, samhällsdebattörer och skribenter var upptagna av en hel rad olika typer av ”nya” psykiska ohälsotillstånd som vi i dag kanske inte direkt skulle vare sig känna igen eller förstå. Åtskilligt skrevs exempelvis om betydelsen av det som kallades vagabondism och därmed sammanhängande minnesförluster. Alltså att personer gav sig iväg hemifrån, drev omkring många år, för att sedan återvända hem utan minne av vad som hänt. Diagnosen hysteri var vanligt förekommande och hade en ganska annorlunda innebörd jämfört med dagens användning av ordet och omfattade förmodligen mer av det som vi i dag skulle betrakta som mycket svåra psykiska störningar av närmast psykotiskt slag. Andra tillstånd som diskuterades mycket kan vi delvis känna igen i dag. Då som nu fanns en upptagenhet kring utmattning och trötthet. Man uppfattade dessa tillstånd som en följd av den moderna industrialismen och urbanismen, ungefär som vi i dag förknippar dessa tillstånd med stressen i det moderna arbetslivet.

Mentalhälsohygienrörelsen

Under 1910 och 1920-talet växte det fram en rörelse med start i USA som kallades mentalhälsohygienrörelsen. Det var en bred samhällelig rörelse som inkluderade läkare, politiker, statliga tjänstemän såväl som anhöriga till personer med ett psykiskt lidande och personer med egen bakgrund av psykisk sjukdom.

Rörelsens ambition var att på olika sätt motverka uppkomsten av psykisk ohälsa. Genom föreläsningar, broschyrer, medverkan i radio och dagspress spred man kunskap och upplysning om hur ett sunt liv skulle levas – vad vi i dag skulle kalla en hälsofrämjande livsstil. Man betonade vikten av vila, regelbunden och reglerad fysisk aktivitet, måttlighet med sprit och rökning. Inte minst var man angelägna om att sprida medicinens och psykologins senaste kunskap om barn- uppfostran, pedagogik, och så vidare för att genom föräldrars uppfostran och genom skolans arbete kunna motverka uppkomsten av vad man uppfattade som psykisk ohälsa betingad av okunskap.

I Sverige bildades 1931 Svenska föreningen för psykisk hälsa (Sfph) med uppgift att genom föreläsningar och broschyrer bidra till att kunskap om sådant som kunde motverka uppkomst av psykisk ohälsa. Det är en förening som än i dag i stora drag håller kvar vid detta uppdrag och på så sätt lever denna tradition kvar in i vår tid.

Socialmedicinska studier

Med början under 1930-talet växte det fram ett bredare intresse för epidemiologiska och socialmedicinska studier av psykisk ohälsa och mental hälsa. Det var i första hand psyki-

atriker och sociologer som arbetade med att kartlägga sambandet mellan vad man kallade sociala faktorer – som utbildning, kön, arbete, familjesituation – och uppkomsten av psykisk ohälsa och sjukdom. Därmed kom man att rikta uppmärksamheten på hur i första hand sociala, men senare också kulturella faktorer påverkar den mentala hälsan och ohälsan.

I Sverige fanns kring tiden runt andra världskriget en rad unga socialmedicinare som var mycket aktiva i den offentliga debatten kring psykisk ohälsa och dess relation till sociala bakgrundsfaktorer. Dessa pekade på nödvändigheten av socialpolitiska reformer inom boende och familjepolitiken för att kunna förbättra folkhälsan och därmed minska den psykiska ohälsan.

Det breda socialpolitiska intresset kombinerades också med ett intresse för barns utveckling och inte minst den betydelse familjelivet har för barns uppfostran och uppväxt. För att stödja familjer i behov av hjälp verkade man för inrättande av en rad nya öppenvårdsalternativ som exempelvis ungdomsrådgivning, familjerådgivning, barn och ungdomspsykiatriska mottagningar. Syftet med dessa ”byråer” var att hjälpa och stödja individer och familjer att hantera vardagliga problem och svårigheter vad gällde exempelvis uppfostran.

Kritiken av psykiatrin

Under 1940 och 1950-talen expanderade den psykiatriska slutenvården i Sverige genom flera stora nybyggnationer. I början av 1960-talet hade Sverige en av de högsta andelarna patienter inom psykiatrisk slutenvård per capita i hela världen. Det var en utveckling som så småningom kom att möta

alltmer kritik. I stora delar av Europa och USA hade den psykiatriska slutenvården kommit att minska efter andra världskriget, delvis som en följd av en önskan att minska kostnaderna för vård, men också genom framväxten av nya farmakologiska behandlingsmetoder och det stora behovet av arbetskraft.

Kring mitten av 1960-talet började det formeras en stark kritik mot den sjukhusbaserade biologiska psykiatrin. Kritiken kom både inifrån psykiatrins egna led såväl som från kritiska samhällsdebattörer. Den slutna psykiatriska vården kritiserades för att snarare leda till psykiska besvär än att motverka dem. De biologiska uppfattningar och behandlingen av psykiatriska problem och sjukdomar sågs som uttryck för en förtryckande människosyn. Kritikerna menade att den borde ersättas med ett mer psykologiskt och socialt synsätt och med behandlingsmodeller som var inriktade på att förändra sociala och psykologiska livsomständigheter.

I Sverige kom framför allt den psykodynamiskt inriktade psykiatrin och psykologin att ses som ett alternativ till den traditionella uppfattningen och vården av personer med psykisk ohälsa och sjukdom.

Kritiken av den sjukhusbaserade psykiatrin kom att bidra till omstruktureringen av den psykiatriska slutenvården i riktning mot större öppenhet och utvecklandet av socialpsykiatriska arbetssätt. Under 1970 och 1980-talet skedde en mycket kraftig minskning av antalet psykiatriska slutenvårdsplatser i Sverige. Det var något som förmodligen också kom att påverka de allmänna uppfattningarna om psykisk ohälsa i riktning mot en något större öppenhet kring psykisk ohälsa.

Nya sjukdomar

Under den sista delen av 1900-talet fick vi en diskussion kring vad som uppfattades som ”nya” psykiska ohälsotillstånd och ohälsorisker. Exempel som lyftes fram i den offentliga debatten var stress, kroniskt trötthetssyndrom och liknande typer av lidande. Massmedia – båda dagspress och TV – fick en allt större betydelse som arena för diskussioner kring dessa och andra ohälsotillstånd. Samtidigt kunde allt fler medborgare utnyttja delar av den nya informationsteknologin – framför allt Internet – för att både sprida och ta del av information och kunskap om olika synsätt och uppfattningar om orsaker till och behandling av psykisk ohälsa.

Genom ett ökat barnpsykiatriskt intresse för neurobiologiska aspekter fick vi också en diskussion kring diagnoser som exempelvis infantila autistiska störningar och Aspergers syndrom. Särskilt het har debatten varit kring de s.k. bokstavsbarren med beteckningar som DAMP (dysfunktion i fråga om avledbarhet, motorik och perception) och ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder).

När den psykiatriska vården omorganiserades och den kommunala socialtjänsten fick ta ett allt större ansvar för personer med långvariga psykiska sjukdomar fick vi en förskjutning av uppfattningar av speciellt långvarig psykisk sjukdom. Begreppet psykiska funktionshinder introducerades och svårt och långvarigt psykiskt lidande kom att likställas med ett handikapp. Det blev också allt vanligare att tala om brukare i stället för patienter. Ett allt större ansvar kom att läggas på anhöriga för vård och omsorg och möjligheten för vissa brukare att själva anställa personliga assistenter blev lag. Dessa förändringar av vårdens organisation påverkade

troligen den allmänna bilden av psykisk ohälsa i riktning mot en större social acceptans och förståelse.

Ödmjukhet och öppenhet

Vad kan vi då lära oss av denna korta historiska exposé? Kanske att en viss ödmjukhet och öppenhet aldrig kan skada. Vidare att det är svårt att etablera några entydiga orsaker och effekter till psykisk ohälsa – och att det inte finns några enkla mirakelkurer eller lösningar. Likaså att vad som räknas som goda exempel på psykisk ohälsa varierar kraftigt över tid. Kanske också begrepp som psykisk hälsa och ohälsa kan skymma sikten för sådant som borde räknas som sociala likaväl som individuella problem och svårigheter – men även för vad som utgör psykisk sjukdom i medicinsk bemärkelse.

*Lars-Christer Hydén är professor
vid Tema Kommunikation,
Linköpings universitet.*



CLAES-GÖRAN WESTRIN

En psykiatrikers erfarenheter från 50-talet till i dag

Intervju av Helena Östlund

Claes-Göran Westrin har följt människors psykiska hälsa under femtio år. Han började som ung, grön läkarvikarie på St. Lars i mitten av 1950-talet, fick rutin i yrket som provinsialläkare i Vindeln och slutade som professor i socialmedicin i Uppsala.

Under dessa femtio år har både den psykiatriska vården och attityderna till psykiska besvär förändrats radikalt. Från inlåsnings och tystnad, till ökad öppenhet, förståelse och tolerans.

Claes-Göran Westrins första möte med psykiatrin var 1955 då han som ung nästan färdig läkare fick ett vikariat på St. Lars mentalsjukhus i Lund.

– Det är obegripligt att jag inte lät bli psykiatrin för evigt. Det kusligaste när jag tänker tillbaka på St. Lars var den summariska behandling av patienterna på många avdelningar. Katatona¹ människor klädde väggarna, det var totalt stillastående. Torftig miljö och ringa inlevelsekänsla. Jag minns höns-

burarna som patienterna rastades i utomhus – sådana såg jag i Serbien för några år sedan när jag var där för att utvärdera psykiatrin.

Han berättar om hur han gick rond med högste skötaren, uppsyningsmannen och överläkaren bland de 200 patienterna. På en avdelning fanns ”den okände”, en man som hade kommit i land i Malmö och var psykotisk. Han gav olika besked om vem han var och personalen hade inte lyckats fastställa hans identitet. På asylen fanns också Malmös alla mördare.

– De var inte få och skapade förvisso bekymmer. De betraktade inte sig själva som ”tosingar” och vissa av dem mobbade andra patienter.

Elbehandligar var vanligt

Elbehandlingar användes flitigt och gavs inne på avdelningarna. En grimma fästes över patientens mun för att hindra bitskador – detta var innan de muskelavslappnande medlen kom. Skötarna styrde och ställde över behandlingarna och det var svårt att sätta emot. Överläkaren tittade bara in några gånger i veckan och den unge Claes-Göran Westrin kunde just ingen psykiatri.

– Det är märkligt vad man kan acceptera innan man upptäcker att detta är oanständigt. Det är en kuslig erfarenhet.

Året därefter jobbade han en kort tid på Lillhagen i Göteborg där vården hade utvecklats mer. Gardiner för fönstren och inga väggfasta möbler. I dag kan han se att det även där var gammaldags med våra mått mätt. Men det fanns en omtänksamhet som var radikalt annorlunda.

Det fanns en särskild vårdform hos familjer på landet för

människor vars psykoser hade läkt ut och som ansågs hanterliga. Claes-Göran Westrin arbetade som överläkare inom familjevården i Göteborg en period på 1960-talet.

– Det var en hel hemindustri runt Thamstorp (en herrgård i Västergötland), alltifrån små villor där skötsamma personer bodde i eget rum, till ställen där sju, åtta mer bökiga personer bodde tillsammans och där det inte alltid var så rent. Vissa kroniska psykotiker var samlare och kunde skaffa gigantiska mängder med saker, och man fick röja någon gång per år. Det var ingen vanvård men nog en ganska trist tillvaro. Jag åkte dit en gång var sjätte vecka, justerade medicinerna, drack kaffe med inackorderingstanterna och tog patienterna i hand.

Trots alla nedslående minnesbilder från den gamla psykiatri betonar Claes-Göran Westrin att det överallt fanns personer med stor kärlek till sina medmänniskor.

– Jag minns överskötaren Brandt på stormen på St. Lars som spelade fiol och kunde tolka Rorschachtest², en fantastisk människa som jag lärde mig mycket av. En del psykiatrer var liksom många av personalen inte särskilt empatiska, men det har alltid funnits en grupp oerhört engagerade fantasifulla personer. Jag minns psykiatrer som tidigt hade ett familjeperspektiv och som arbetade med familjesamtal där de med värme försökte ge stigmatiserade människor och deras familjer värdigheten tillbaka.

Många av mentalsjukhusen kom till när regementen lades ner på 1920-talet, medan Sidsjön och Umedalen byggdes nya på 1930-talet. I Skaraborg fanns de sist byggda och sist stängda mentalsjukhusen Falbygden och Mellringe. Claes-Göran Westrin vill punktera myten om att den som hamnade på mentalsjukhus blev kvar livet ut på. Det hände, men

majoriteten skrevs ut. Men mentalsjukhusen var och förblev ändå något av förvaringsplatser.

Stängningen av mentalsjukhus

Några få psykiatriska kliniker tillkom utanför mentalsjukhusen under 1930 och 1940-talen, bland annat i Lund, Uppsala och Linköping. Först under 1960-talet öppnades psykiatriska kliniker vid de flesta centrallasarett och den öppna vården byggdes upp. Idén om lagarbete växte fram med insikten om att olika kompetenser behövdes, men också beroende på en stor läkarbrist och ett hårt tryck på vården. Vid årtiondets slut infördes kontaktmannaskapet då avdelningspersonal även engagerades i eftervården.

Idén att stänga mentalsjukhusen dök, enligt Claes-Göran Westrin, upp första gången i Läkarförbundets mentalvårdskommitté 1966. Ledande psykiatrer hade protesterat rätt länge, men Medicinalstyrelsen motsatte sig. Överläkarna på mentalsjukhusen var inte särskilt intresserade av någon nyordning. De statliga tjänsterna erbjöd en eftertraktad befordringsgång, även för vårdpersonal.

När landstingen övertog huvudmannaskapet för all psykiatrisk vård 1967 ändrades förutsättningarna radikalt. I den första större nationella utredningen om psykiatrin, den så kallade Gröna boken (den psykiatriska vårdens målsättning och organisation, 1973) blev Claes-Göran Westrin huvudsekreterare och arbetade tillsammans med bland andra Jan-Otto Ottosson, Johan Cullberg, Börje Lassenius, Marianne Cederblad och Socialutredningens huvudsekreterare Axel Gisslén. Den lade fram den första tidtabellen för stängningen av mentalsjukhusen och gjorde upp ritningar för sektoriseringen.

Arbetade som provinsialläkare

Claes-Göran Westrin fick själv praktisera en del av dessa idéer när han erbjöds att vara med om att bygga upp en modern sjukvård i Skaraborg under 1970-talet.

– Det var en unik grunka, vi var ett gäng relativt unga doktorer som fick möjlighet att bygga upp något nytt från grunden och samtidigt fortsätta att forska.

Kring det nya Kärnsjukhuset i Skövde byggdes primärvården upp med vårdcentraler och psykiatrisk öppenvård runt hela länet. Skaraborg var först i landet med att samlokalisera socialtjänst och sjukvård. Primärvården var dock ingen ny erfarenhet för Claes-Göran Westrin. I slutet av 1950-talet prövade han under tre år på jobbet som provinsialläkare i Vindeln i Västerbotten.

– Jag mötte inte mycket av tung psykiatri. Några gånger ville de ha ut mig för att skriva vårdintyg, men jag tyckte ofta att de som anmälde verkade konstigare. Däremot fanns mycket av vanliga mänskliga problem.

Begreppet psykiatri innebar på den tiden främst svåra sjukdomar som psykoser. Man kunde – och talade – mycket lite om det som i dag kallas psykiska folksjukdomar, till exempel depressioner och ångest. Claes-Göran Westrin minns att det började komma artiklar i Läkartidningen på 1950-talet. Men som ung läkare fick han aldrig någon kunskap om det.

– Jag minns en kvinna som berättade att hon hade försökt begå självmord. Jag tittade i handlingarna efteråt, men både jag och doktorn på sjukstugan hade bara noterat trötthet och lågt blodvärde. Man hade 80 patienter om dagen i bland, så det blev ju ganska summariskt.

Människor som hade ”nervösa besvär” kunde i tysthet gå

till en privatpraktiserande läkare för att få en pratstund och ett recept på barbiturater (starkt vanebildande lugnande tabletter som inte används längre). Claes-Göran Westrin berättar om ”Erikssons gröna”, stora ärggröna tabletter med en mix av både långtidsverkande och snabbverkande barbiturater som Umedalens dåvarande överläkare skrev ut till sina privatpatienter. Receptet fanns förtryckt på apoteken och en tablett räckte för att däcka de flesta.

Ingen vård för barn

Någon särskild vård för barn som mådde psykiskt illa fanns inte heller, men provinsialläkaren satt per automatik i barnavårdsnämnden. En dag blev Claes-Göran Westrin ombedd att åka till ett hus i Åmsele. Det hade kommit en familj som då betecknades som ”tattare” till trakten och det sades att barnen for illa. Det hörde till saken att kommunen helst inte ville ha ”tattare” boende inom området eftersom man fick betala för deras uppehälle. Tillsammans med en socialassistent gick han upp på vinden.

– Mitt i en obeskrivlig röra låg ett antal barn. En ganska ung, rödhårig kvinna kastade sig vid mina fötter, hon förstod att vi kunde ta barnen i från dem. Jag var 27 år och ohyggligt generad, jag hade ingen nämnvärd erfarenhet av barn, hade inte ens syskon. Det var uppenbart att barnen inte mådde bra och hela situationen var förskräcklig. Jag visste varken ut eller in. Men några dagar senare ringde socialassistenten och berättade att allihopa hade stuckit därifrån.

Förändrad syn på psykisk sjukdom

Trots att psykiatri förändrats så radikalt de senaste femtio åren vet forskarna egentligen inte så mycket om hur det psykiatriska sjukdomspanoramats utvecklings. Säkert är att antalet äldre med psykiska besvär ökar i takt med att de äldre blir fler. Människor blir psykiskt friskare fram till 65-årsåldern, sedan ökar ångest, depressioner och demenser kraftigt. De flesta psykiska besvär hos äldre människor är uttryck för större sårbarhet, vilket också ökar risken för somatiska sjukdomar.

Claes-Göran Westrin bedömer att vi i stort sett har kvar samma psykiska sjukdomar nu som förr, men i delvis andra former.

– En stor skillnad är att Alzheimer numera allmänt identifieras som en sjukdom, inte som en normal del av åldrandet. Man tycks se mindre av klassiska neuroser och mer av personlighetsstörningar som borderline. En hypotes är att det beror på att vi har en annan kultur med mindre av förbud och struktur. Man ser sällan katatona schizofrenier numera, de skapades av sjukhusvistelsen. En annan stor förändring är att drogerna har brett ut sig. Data från flera undersökningar tyder på att depressiva sjukdomar ökar. Samtidigt finns belägg för att de riktigt tunga depressionerna minskar, vilket skulle kunna förklaras av att de kan behandlas framgångsrikt i dag.

Claes-Göran Westrin poängterar att behandlingsmetoderna överlag har utvecklats mycket det senaste årtiondet, både inom psykoterapi och när det gäller psykofarmaka. Dessutom har medvetenheten om etik ökat, vilket medfört att tvångsinslagen minskat dramatiskt. En stor omsvängning

har också skett i synen på familjen som förr ofta betraktades som ett störande inslag men i dag ses som en viktig tillgång. Viktiga studier om psykiskt stöd till anhöriga vid vård i livets slutskede har gjorts av Britt-Marie Ternstedt och hennes grupp. En studie om de anhörigas värdering av psykiatrin i två landsting från 1980- och 1990-talen visade att inställningen svängt från att vården ansågs katastrofal till att den i viss mån tog hänsyn till familjen. Uppmuntrande och en bit på väg, men mycket mer måste göras för att stödja närmiljön menar Claes-Göran Westrin. Det gäller även invandrare med psykiska problem.

Under 1970- och 1980-talen var de ideologiska motsättningarna inom psykiatrin skarpa, men de har tonats ned under 1990-talet.

– Jag vet inte om man kan säga att vattnen har stillnat totalt. Men jag tror att man har mer respekt för varandra nu. Det finns åtminstone en läpparnas bekännelse att du behöver både biologiska, psykologiska och sociala synsätt. Den kognitiva psykoterapins ställning har stärkts avsevärt och bör sannolikt nu vara ganska okontroversiell. Samtidigt har den psykoanalytiska lärans positioner i många avseenden försvagats även om de flesta bör vara överens om betydelsen av en psykodynamisk ”grundhållning”. Vad gäller diagnoser har det funnits ett ofog att lägga ihop vad du ser, med vad du tror är orsaken. När det gäller att iaktta människan kan vi nå en viss enighet, vilken filosofi vi än har. Vi kan ofta enas om viktiga symtom och om hur vi kan hjälpa patienten. Samtidigt kan vi ha olika åsikter om orsakerna till ohälsan beroende på om man är psykoanalytiker eller har ett biologiskt eller socialpsykiatriskt synsätt. Men det är viktigt att

fortsätta att matcha diagnostik med olika former av behandling, psykoterapi såväl som socialt stöd och medicin.

Ett viktigt arbete i den riktningen har under senare år bedrivits av SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) som i flera studier klarlagt säkerheten i olika psykiatriska behandlingsformer. Ett värdefullt bidrag har varit att precisera indikationerna för neuroleptika vid behandling av psykotiska symtom.

Claes-Göran Westrin har ägnat sig åt forskning ända sedan tiden som ung provinsialläkare i Vindeln, både genom egna studier och genom att följa svensk och internationell psykiatrisk forskning. Han ser flera viktiga områden där den psykiatriska forskningen måste utvecklas inför framtiden. Det han ger högst prioritet är interventionsforskning om hur människors psykiska funktioner kan stärkas och utvecklas. Inte minst om hur de svårast psykiskt sjuka ska få en dräglig livskvalitet, men också om de äldres psykiska hälsa.

– Vi lever i en kultur av diskriminering av äldre, det som på engelska kallas ageism. Man droppar folk. När lärare pensioneras – inte tusan övertalar man dem att jobba kvar några timmar i veckan. Ändå vet vi att om man håller igång, så fungerar till och med biologin bättre. Detta är ett jätteproblem, även samhällsekonomiskt.

Han anser också att vården på sjukhem och i särskilt boende tenderar att bli summarisk, inte minst vad gäller medicinering. Den främsta strävan kan då bli att dämpa de gamla så att de inte ställer till besvär. Alltför många får mediciner som snarast försämrar deras tillstånd medan alltför få deprimerade får antidepressiva mediciner påpekar han.

Socialpsykiatrin ligger Claes-Göran Westrin extra varmt

om hjärtat, såsom före detta professor i socialmedicin. Inom detta fält är frågor om hur man kan bygga upp nätverk, resurser och kunskap när det gäller de svårast psykiskt störda, det mest angelägna att forska om. Även arbetslivet ser han som är ett viktigt forskningsområde mot bakgrund av den pågående sjukskrivningsepidemin och att vi får alltfler belägg för att stressyndrom ger reaktioner som kan utvecklas till kroniska skador.

Det får honom att fyra av en hagelsvärm av frågor: I vilken grad kan man säga att en människa har gått sönder? Hur mycket beror på att du inte brytt dig om personen? Om det blir alldeles för lätt att låta bli ett tråkigt jobb – hur mycket beror på att systemet vidmakthåller detta? Hur mycket bidrar frustrationer när man har förväntningar som inte kan förverkligas?

– En samlad biologisk, psykologisk och social forskning om påfrestningar, belöningar, frustrationer och förväntningar i arbetet är synnerligen angelägen, betonar Claes-Göran Westrin.

Claes-Göran Westrin är professor emeritus i socialmedicin, Uppsala universitet.

Lästips!

Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited – Eric R Kandel, M.D (American Journal of Psychiatry 156:4, April 1999)

Past, Present and Future of Psychiatry: Personal Reflections – Leon Eisenberg, M D. (Canadian Journal of Psychiatry, vol 42, September 1997)

Westrin, C-G, Nilstun T, Thelander S, Jacobsson L. (editors): Ethics, Law and Human Rights in Psychiatric Care – An International Perspective Acta Psych Scand. 2000:101, suppl 399.

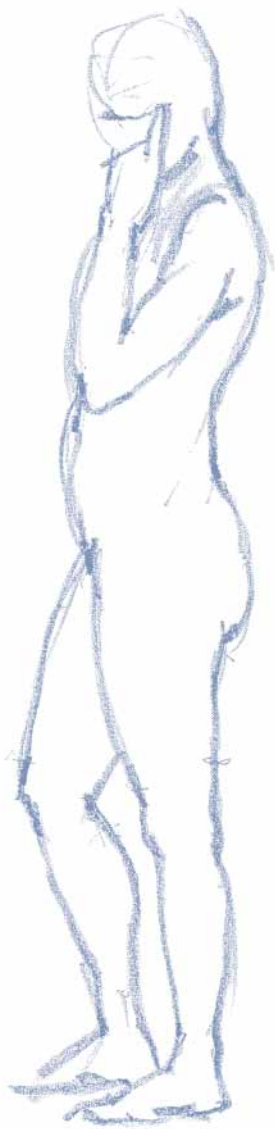
Ternstedt, Britt-Marie: Livet pågår! Om vården av döende. Vårdförbundet, Stockholm 1998

Eriksson B, Qvarsell R: Hur skall själen läkas? Natur och Kultur 1997

SBU-rapport nr 133: Behandling med neuroleptika, SBU. Stockholm 1997

SBU rapport nr 144: Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund, Natur och Kultur, Stockholm, 1999

1. **Katatoni**, en störning i musklernas rörelser och samordning, ofta med bisarra beteenden bl a en stelhet där obekväma ställningar fasthålls (t ex luftkud-desyndromet då patienten kan ligga i timmar med huvudet lyft från kudden). Katatoni förekommer vid schizofreni men dessutom vid affektiva störningar och organiskt psykosyndrom. (NE, 1993, band 10, sid 503)
2. **Rorschachtest** har använts med olika syften men främst för att försöka få en inblick i psykiska störningar samt i personlighetens sammansättning och dynamik". (modifierat efter NE, 193, band 16, sid 38)



HANS ÅGREN

Depressionens skiftande ansikten

Intervju av Helena Östlund

Enligt WHO:s prognoser kommer depressionssjukdomar att vara en av världens tyngsta sjukdomsbördor år 2020, en sjukdom som bl.a. orsakar mycket arbetsoförmåga. I Sverige visar forskning att många som upplever sig utbrända också är deprimerade. Men frågan är om depressioner verkligen ökar eller om vi var lika deprimerade förr.

– Det är svårt att säga om det är en reell ökning. Vi vet inte riktigt vad som är vad. Depressionerna ökar ju äldre befolkningen blir, men det beror på att äldre oftare är deprimerade. Hos unga kvinnor verkar dock depressionerna öka, säger Hans Ågren som är chef för sektionen för psykiatri vid Huddinge universitetssjukhus.

Han har lång erfarenhet som psykiater bakom sig och tror inte att vi mådde särskilt mycket bättre förr. Depressioner och andra psykiska besvär fanns för hundratals år sedan också, fast under andra benämningar – eller inte benämnda alls.

– Det påstås att det moderna livet gör människor olyckliga och stressade. Man idylliserar det gamla livet – som kunde vara ganska hemskt. Mina föräldrar som växte upp i början av 1900-talet har berättat om elakhet och tvång av olika slag. Man fick stå sitt kast och det fanns ingen hjälp att få. Depressioner lade grunden till låg arbetsförmåga, fattigdom och lidande. Jag föreställer mig att deprimerade sågs som en diffus, fattig underklass.

WHO spår stora problem

Forskare har olika åsikter om hur vanligt det är med depressioner. Lundby-studiens siffror från 1970-talet visar att varannan kvinna och var fjärde man kommer att få en depression under sitt liv. En studie från 1994 från New England visar lägre frekvens. Enligt den går det en och en halv kvinna på en deprimerad man. 17 procent har haft en depression någon gång i livet och 10 procent det senaste året. Oavsett vilket som stämmer bäst så kommer depressioner enligt WHO:s prognoser att vara ett av världens största hälsoproblem år 2020.

– Det kommer att ställa enorma krav på behandlingsresurser. Tredje världen har varken psykoterapi eller mediciner, konstaterar Hans Ågren.

Depressioner förekommer i alla länder, det har bland annat WHO-studier visat. Utvecklingsländerna är inte förskonade, tvärtom. En undersökning i Uganda visade att depressioner är tre gånger så vanligt som hos oss. Men det beror också på vilka termer som används. I Kina lider endast någon promille av depression, medan neurasteni (en äldre term för kraftlöshet och klenhet) drabbar 25 procent av alla kineser.

– Neurasteni är ett gångbart uttryck i Kina, eftersom det inte kopplas ihop med psykiatri utan med något neurologiskt. Psykisk sjukdom stigmatiseras i Kina, liksom i övriga Östasien. Anorexi och bulimi är däremot enbart en första världens sjukdom. I länder där svält förekommer svälter sig inga unga flickor.

Många utbrända har en depression

När depressionen slår till med full kraft känns livet svart och meningslöst, kroppen rör sig långsamt och hjärnan fungerar inte som vanligt. Detta är något helt annat än att känna sig lite deppig. Den som har en riktigt djup depression, en melankoli, orkar varken äta eller stiga ur sängen. Då kan tillståndet bli livshotande.

Hans Ågren tror att vi är dåliga på att upptäcka verkliga depressioner, medan vi sjukförklarar problem som hör till det normala livet som relationsproblem och äktenskapsbekymmer. Han är kritisk till begreppet utbrändhet som inte existerar som psykiatrisk diagnos – men ändå används på sjukintyg av många läkare. Han menar att bland dem som kallas utbrända finns ett brett spektrum av tillstånd. Till den ena ytterligheten hör människor med ”normal” trötthet och ”normala” känslor som egentligen inte borde vara sjukskrivna.

– Utbrändhet har i vissa fall givit en utväg att slippa gå till jobbet och slippa träffa den tråkige chefen som man är missnöjd med. På 1970-talet till exempel protesterade man tillsammans om någonting inte var bra på jobbet. I dag sjukskriver man sig och försvinner från arbetsplatsen i stället.

Han anser att många läkare är för snabba att sjukskriva. Det är allvarligt, särskilt som man i dag diskuterar om sjuk-

skrivning i sig kan vara sjukdomsframkallande.

– Läkarskrået måste ta sig en funderare. Jag tror att man ibland har undersökt dessa patienter för dåligt ur psykiatrisk synvinkel. Man vill ju stå på patientens sida, skapa förtroende och ett gott förhållande.

Den andra ytterligheten av utbrändhet är människor med djupa depressioner. Hans Ågren tror att en del av dem inte får den behandling de behöver eftersom man inte inser att de är deprimerade.

Professorerna Åke Nygren och Marie Åsberg med medarbetare har genomfört en omfattande undersökning av 150 personer som uppfattade sig som utbrända; 90 procent fyllde de internationella kriterierna för egentlig depression. De båda forskarna har föreslagit begreppet utmattningsdepression för att kategorisera människor vars depression utlösts av arbetsrelaterade problem.

– Många av de symtom som anses typiska för utbrändhet, till exempel den svåra tröttheten och att man har svårt att tänka och känner sig avtrubbad, är vanliga vid depression, förklarar Hans Ågren.

Separationer präglar hormonsystemet

Under 1970- och 1980-talen var motsättningarna skarpa mellan dem som hävdade att psykisk sjukdom beror på biologiska orsaker och de som ansåg att orsakerna är psykologiska eller sociala. Hans Ågren hävdar att den debatten i dag är död.

– Det var en pseudodebatt som nu har lagt sig till ro. I dag är alla överens om att den så kallade stress-sårbarhetsmodellen gäller. Både gener och omgivning avgör. Omgivnings-

faktorer kan påverka hur mycket våra gener uttrycks.

Stress-sårbarhetsmodellen innebär att en sårbarhet som man kanske inte lagt märke till tidigare utlöses av stress och press utifrån. Sårbarhet kan betingas av många olika saker – hur vi haft det i moderlivet (till exempel hur väl moderkakan fungerande), om mamman varit infekterad eller om hon stod på mediciner.

Det kan handla om födslotrauman, om brister i den tidiga anknytningen till mamma och pappa, eller om tidig separation. Separationer präglar hormonsystemet för resten av livet och den som förlorar en förälder före tio års ålder har förhöjd risk för depression.

Hans Ågren hänvisar till psykiatriska studier av enäggstvillingar. Om det bara berodde på gener skulle risken för den ena av enäggstvillingar att bli sjuk vara hundra procent om den andra vore det eftersom de delar samma gener. Men risken är bara 50–60 procent och för tvåäggstvillingar tio procent.

– Det bevisar att det finns en ärftlig komponent – annars skulle skillnaden mellan enägg- och tvåäggstvillingar inte vara så stor. Men det bevisar också att det går att leva friskt med dessa gener eftersom generna inte spelar någon roll i hälften av fallen. Genen får fritt spelrum i ena fallet och någon faktor dämpar den i andra fallet. Detta är en av de mest fascinerande utsikterna inför framtiden: hur ska vi tysta besvärliga gener? Hur ska vi få dem att inte ge sig till känna? Vad har vi för hälsobringande åtgärder att ta till?

Viktigt att må bra så fort som möjligt

Risken för återfall i depression, som också kallas unipolär

sjukdom, är mycket stor, mellan 60–70 procent. En del av de deprimerade har också perioder av mani eller den lindrigare formen hypomani. Bipolär sjukdom debuterar ofta i tonåren och risken för återfall är nära 100 procent.

Därför poängterar Hans Ågren att man måste vara uppmärksam när en ung människa drabbas av sin första depression eller hypomani.

– En sjukdomsepisod föder flera episoder. Den nöter på något sätt och gör att tröskeln sjunker. Kan man mildra en första episod förbättras långtidsförloppet. Det gäller att till varje pris få den unge att må bättre så fort som möjligt. I det läget spelar det ingen roll om man åstadkommer det med psykoterapi, sociala åtgärder eller medicin.

Även när det gäller vuxna menar Hans Ågren att det inte är avgörande vilken behandling som ges. Huvudsaken är att den kan ordnas till med kortast möjliga väntetid och i samråd med patienten. Det kan vara samtalsterapi eller medicin – gärna bägge samtidigt.

– I dag bör enbart de nyare så kallade SSRI-preparaten användas inom öppenvården. De gamla tricykliska antidepressiva medlen har alltför många biverkningar och bör bara ges till ineliggande patienter där inget annat hjälpt. Medicin ges ibland på fel indikationer. Att känna sig lite ledsen är ingen orsak att ta mediciner, då ska man ha någon att prata med.

Socialt stöd är betydelsefullt

Hans Ågren anser att psykiatrin är ganska bra på akut behandling – men måste bli bättre på att hjälpa människor att bevara hälsan på sikt genom olika typer av skyddsnet

och underhållsbehandlingar.

Forskning visar att socialt stöd i till exempel patientföreningar och nätverk är läkande. För en äldre deprimerad människa kan det räcka långt att vara med i en grupp som träffas regelbundet och dricker kaffe. Patientföreningar kan hjälpa människor att få kunskap om sina sjukdomssymtom och möta andra i samma situation.

Många människor som mår dåligt får aldrig någon hjälp inom vården eftersom de inte söker. Somliga kanske får stöd på annat håll eller av anhöriga. Men många blir utan den lindring som faktiskt hade varit möjlig. Det gäller inte minst människor som till slut tar sitt liv.

– Det sägs ibland att de som tagit livet av sig testat psykiatrin men inte fått hjälp. Men det är ett missförstånd, de kommer alltför sällan dit. De allra flesta som tar livet av sig har varit deprimerade, men vetenskapliga studier har visat att bara 10–15 procent av dem har tagit antidepressiv medicin.

Hans Ågren anser att det behövs mycket mer information och utbildning om psykisk ohälsa, även om vi i dag är mycket öppnare om själsliga problem än förr. Det är viktigt inte minst för att ytterligare dra ner självmordstalen, även om de sjunkit med en fjärdedel i Sverige de senaste tio åren. Det beror med största säkerhet på att deprimerade människor tas om hand bättre.

Att återhämta sig tar tid

Det tar ofta lång tid, ibland flera år att återhämta sig från en depression. Det såg annorlunda ut förr. De melankoliska patienter som då kom in på psykiatriska kliniker var djupt nedstämda, de var hämmade, sov dåligt och orkade inte

sköta sig själv. Men de blev snabbt bättre av behandling.

– Det kan se ut som om världen har förändrats, men vi psykiatrer träffar andra grupper av människor i dag än för femtio år sedan. I dag söker flera med lätta och medelsvåra depressioner. De är inte så hämmade, pratar gärna, sover mycket och går upp i vikt. De är ofta sjuka länge och svara inte lika snabbt på behandling. Omkring 10–20 procent svarar inte alls. Vi har varit alltför optimistiska om ett snabbt förlopp.

Depression hänger nära ihop med ångest. De flesta deprimerade människor har ångest som försvinner när depressionen lättar. Patienter med renodlade ångesttillstånd som panikångest utvecklar ofta en depression. Somliga patienter uppfyller kriterierna för både ångest och depression.

– Vissa teoretiker anser att uppdelningen i ångestsjukdomar och depressioner är konstgjord. Jag tror att den fyller en funktion eftersom det finns stora skillnader i hur kroppen reagerar fysiskt.

Manlig och kvinnlig depression ser olika ut

Kvinnor och män uttrycker psykiskt lidande på olika sätt. Enligt den amerikanska undersökningen från 1994 drabbas fler kvinnor än män av unipolära depressioner och ångesttillstånd, medan fler män missbrukar. Men om man lägger ihop siffrorna får lika många kvinnor som män en psykiatrisk diagnos.

– Det ligger nära till hands att säga att manlig ångest och depression yttrar sig i missbruk. Manlig depression är troligen underdiagnosticerad. Kriterierna för depressioner kan vara formade efter kvinnligt upplevande – deprimerade män

beter sig annorlunda. De slåss, är aggressiva och drivs av impulser. De dämpar sin oro med alkohol eller narkotika och fastnar i beroende. En man har svårare att berätta på vilket sätt han mår dåligt och en icke lyhörd doktor förstår inte vad det handlar om.

Hans Ågren tror att denna obalans håller på att förändras allteftersom småpojkar får lära sig att beskriva sina känslor bättre. Men det kommer att tolkas som att depressioner blir vanligare.

Hans Ågren är vän av kriteriebaserad diagnostik där läkaren tar reda på om ett visst symtom finns, och patienten svarar ja eller nej. Är svaret ja på tillräckligt många kriterier stämmer diagnosen. Han medger att det finns människor som inte passar in i dessa kriterier, eller som får flera diagnoser eftersom de passar in i flera kriterier. Men han hävdar att vi inte har något bättre instrument i dag.

– Många är varken runda eller fyrkantiga. Men vi får leva med det tillsvidare. Till slut kanske man känner igen dem som är sexkantiga också. En diagnos har inget egenvärde, den är till för att man ska göra någonting, ett rop på hjälp. Finns ingen behandling att ens fundera omkring är det onödigt att hålla på med diagnostik.

Nya diagnoskriterier

Diagnosinstrumentens kriterier förändras allt eftersom och om tio – femton år tror Hans Ågren att de kommer att innehålla biologiska kriterier byggda på genetisk kunskap. Då kommer man att kunna göra ett gentest och se om man har en viss typ av genförändring. En förändring som ökar risken för att utveckla till exempel depression.

– Det finns en risk att detta stämplar människor, men psykiska lidanden är så svåra att jag tror att många kommer att vara glada om de får veta att de inte bör utsätta sig för den ena eller andra påfrestningen. Vi kommer knappast att genotypa alla, utan bara de som har en nyfikenhet och vill veta.

Professor Hans Ågren är chef för sektionen för psykiatri vid Huddinge universitetssjukhus.

Lästips!

McGuffin P, Katz R, Watkins S, Rutherford J (1996) A hospital-based twinregister of the heritability of DSM-IV unipolar depression. *Archives of General Psychiatry* 53:129–136

Isacsson G (2000) Suicide prevention – a medical breakthrough?

Acta Psychiatrica Scandinavica 102:113–117

Kessler R.C. et al: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1994: 51:8–19.

Rylander G, Rydmark I, Nygren Å, Åsberg M: Depression och utmattnings. Sammanfattning av preliminära resultat inom ett forskningsprojekt. Institutionen för neurovetenskap, Karolinska Institutet i Stockholm, 2001.

WHO: The World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope. Chapter 2. Burden of Mental and Behavioural Disorders.

ALEXANDRA

Alexandra:

”Det kändes som om jag helt slutade att fungera”

Intervju av Helena Östlund

En morgon i februari förra året vaknade Alexandra redan klockan fem och kunde inte somna om. Hon minns just den morgonen, minns att hon blev förvånad eftersom hon alltid är morgontrött. Det blev fler tidiga mornar, allt tidigare för var dag och det gick inte att somna på kvällarna heller. Antagligen sov hon någon timme varje natt, men det kändes inte så.

– Jag har alltid varit känslig för om jag får för lite sömn. Det är inte så konstigt, det är faktiskt en tortyrmetod att hindra människor från att sova.

Hon fick också svårt att äta, det gick inte att svälja ner maten. Hon hade ångest hela tiden, var på helspänn både fysiskt och mentalt och kunde inte koncentrera sig på någonting, varken att läsa eller se på TV.

– Det kändes som om jag helt slutade fungera. Jag försökte lugna ner mig men det gick inte. Det var fullständigt out-

hårdligt. Hela jag var i ett undantagstillstånd som jag inte kunde ta mig ur.

Efter en tid flyttade Alexandra in hos en kompis av rädsla för att inte kunna motstå impulser att försöka ta sitt liv när det var som allra värst. Till slut kom hon iväg till en läkare och blev sjukskriven för utmattningsdepression.

Vi dricker te och äter pepparkakor i vardagsrummet. Den trubbnosiga katten smyger in och granskar oss på tryggt avstånd bakom soffkarmen. Alexandra tänder rökelse för att få bort rökluften.

Jag röker faktiskt, jag har kommit på att jag gör det för att det är så lugnande, säger hon urskuldande.

I rummet intill har hon sin arbetsplats. Alexandra är 31 år och egen företagare, ett jobb som kräver disciplin och initiativförmåga och inte alltid går att planera. Man kan knappast tacka nej när uppdragen kommer och ibland kan det bli många på en gång, ibland inga. Alexandra hade jobbat hårt sommaren innan detta hände, under hösten separerade hon från sambon sedan sju år och under vintern jobbade hon ännu hårdare för att klara hyran ensam.

– Jag hade också en känsla av att jag ville arbeta hårt för att ”rensa avloppet”, jag ville bli av med allt gammalt.

Ständigt dåligt samvete

Det blev för mycket på en gång, men det insåg hon inte då. Tvärtom, det fanns ingen anledning att må dåligt, alltså måste det vara hennes eget fel. Hon fick dåligt samvete över att hon inte lyckades göra något åt situationen. Och lyckades hon inte nu skulle hon aldrig lyckas. Den normala tillvaron kändes oändligt långt borta.

Vännerna försökte uppmuntra genom att säga att allt skulle bli som vanligt igen, men det gick inte att föreställa sig. När de påminde om saker hon brukade tycka om, kunde hon minnas det rent intellektuellt – men kände det inte. Hon började tvivla på sin egna omdömesförmåga och kände skuld över att hon inte kunde förmå sig att må bättre.

Alexandra önskar att människor i omgivningen kunde lära sig att lyssna mer och agera mindre.

– Alla är snälla och vill hjälpa till, men det kan göra det svårare. Någon säger ”jag känner en som gått i terapi hos den här terapeuten, här är numret” och så får jag en lapp. Nästa gång vi möts kommer frågan ”och hur gick det”? Jag förstår att det är menat som uppmuntran, men det fungerar inte så, det blir ett krav istället.

Alla vill föra fram sina åsikter. Någon tror inte att depressioner existerar, det handlar bara om att rycka upp sig. En annan pratar om serotoninbrist som kräver medicin livet ut och en tredje tycker att medicin är förkastligt och enbart dämpar symtomen.

– Sådant går inte att ta ställning till om man varken kan äta eller sova.

Alexandra jämför med om någon har brutit benet – inte tror omgivningen då att de vet hur det känns och inte säger de ”nu är det färdigläkt och du kan springa maraton”.

– Om man är lite låg kan man ta sig i kragen och gå på bio mitt på dan eller göra nåt annat som man mår bra av. Men det går inte när man är i det här tillståndet. Många har svårt att förstå det. Kanske för att de blir rädda. Det är inte roligt att se någon annan må dåligt.

Samma brist på lyhördhet har hon mött när hon sökt pro-

fessionell hjälp – och hon har fört en lång, envis kamp för att hitta någon hon kunde känna förtroende för. Tre terapeuter och en läkare avverkades innan hon fann den rätta. Den första var den kvinnliga distriktsläkare som sjukskrev henne och som frågade: ”och vad tycker du att jag ska göra? Det är ju så här livet är”.

– Det är inte precis vad man vill höra när man äntligen vågat sig dit och tror att allt är ens eget fel. Och på TV säger dom att folk bara låtsas och att läkarna sjukskriver för att de inte vet vad de ska göra.

Började med samtalsterapi

Läkaren rekommenderade en nyöppnad samtalsakut i stadsdelen. Där fick hon snabbt tid hos en manlig psykolog.

– Det var en förfärlig människa, den minst empatiska person jag någonsin träffat. Vi ägnade hela tiden åt att prata om vad vi skulle resonera om.

Han antecknade under samtalen, men verkade ändå ha glömt bort vad hon berättat till nästa gång. Alexandra kände en slags skyldighet gentemot distriktsläkaren att gå dit och fortsatte åta gånger innan hon gav upp. En tid senare såg hon en bild av terapeuten i en tidning och den första tanken var att ”han borde ha en smäll”.

En vän tipsade om en psykoterapeut som var av en annan typ, en praktisk kvinna som ville lösa problem snabbt. Hon ställde frågor efter en mall, just en sådan intervjumall som Alexandra förhört sin psykologstuderande kompis på.

– Sedan blev hon så intresserad av min mammas byte av yrke att hon ägnade mesta tiden till att fråga om det.

Alexandra kände inget större förtroende denna gång heller

och gick inte tillbaka. Vid det laget hade hon ätit antidepressiv medicin en tid och mådde lite bättre. Så småningom gjorde hon ett tredje försök med en manlig terapeut som var specialiserad på utbrändhet.

– En av hans första frågor var ”känner du dig som flicka eller kvinna”. I den stilen gick det.

Det var inget som kändes angeläget för Alexandra att prata om just då. Hon hade redan gått i terapi i tre år och vänt ut och in på sig själv. Men hon fortsatte ändå att gå dit några gånger för att få hjälp med att bena upp arbetsituationen och med hur hon skulle prioritera för att minska stressen.

– Det var bra, men i mitt jobb är det ju mig själv jag ska säga ifrån åt. Då blir det ändå mitt eget fel om jag inte kan fixa det.

Över huvud taget tycker hon att dessa terapeuter lagt för stort ansvar på henne, krävt att hon ska svara ingående på varför hon har kommit och vad hon vill ha hjälp med. Det orkar man inte det när det är som jobbigast.

Fortfarande sjukskriven

Det har tagit lång tid att återhämta sig. Alexandra är fortfarande sjukskriven på halvtid och blir lätt trött.

– Jag behöver vila mycket för att balansera dagar av hårt arbete. Det är farligt att tro att man ska bli bra snabbt och börja ställa för stora krav på sig själv. Man vill ju så gärna göra roliga saker igen. Och människor omkring en tror att det ska bli bra direkt bara man börjar i terapi eller tar medicin. Men så är det inte.

Det är flera olika saker som hjälpt Alexandra att må bätt-

re. När sommaren kom kunde hon ta det lugnt och äta och sova precis när det behövdes. Medicinen fick henne att slappna av – hon var så stel och spänd att det gjorde ont i kroppen. Yoga har också hjälpt till. Det prövade hon på lite av en slump, det fanns ett yogacentrum alldeles intill den dåvarande arbetsplatsen.

– Det är en av de bästa grejer jag gjort och något av det mest konkreta jag träffat på. Det känns rent fysiskt att det är välgörande. Man lär känna sin kropp och blir förvånad över alla konstiga ställen man kan ha träningsvärk på. Och om man lär känna sin kropp, så kan man hantera sina känslor bättre för de sitter ju i kroppen.

Till slut har Alexandra också hittat en samtalsterapeut som hon direkt fick förtroende för, en gestaltterapeut som hon letade reda på själv.

– Hon är den första som inte fått mig att känna mig fel. Hon möter mig som en jämlike, inte som någon vars omedvetna ska blottläggas enligt en bok. Hon är också den första som förstått att det haft en särskild betydelse i mitt liv att jag är invandrare.

Alexandra flyttade som sjuåring från Rumänien till Sverige med sin mamma. Pappan hade flytt därifrån ett år tidigare, men familjen fick vänta ett år på att komma efter. De tvingades lämna nästan alla sina tillhörigheter och kom till en förort till Göteborg. Där blev Alexandra sin lärares första invandrarelev. I dag är det stans invandrartätaste förort. Men ingen räknar henne som invandrare längre. På bara tio år skapade sig familjen en position i det svenska samhället.

Alexandra tror att hon har en särskild känslighet för psykiska påfrestningar. Samtidigt står hon ut med mycket och

märker inte alltid när det gått för långt.

– Men jag är väldigt muskulös och brukar vinna när jag bryter arm med killar, flickar hon in och skrattar hjärtligt.

Alltid kämpat

Kanske har känsligheten sitt ursprung i att hon rycktes upp med rötterna i en känslig ålder och tidigt fick lära sig att det är livsviktigt att klara av svåra situationer – även om man är skräckslagen. Lära sig att man alltid måste kämpa. Och det är precis vad Alexandra gjort. Hon beskriver sig själv som en ”duktig flicka”, som alltid fullföljt det hon åtagit sig. Alltid tagit sig i kragen. Alltid varit klar med uppdrag i tid.

Men hon börjar inse att man kanske inte måste det – inte till varje pris. Inom andra yrken accepteras att det inträffar saker som gör att man blir försenad. Man kan skjuta upp deadline ibland. Hon försöker lära sig att inte alltid prioritera bort sina egna behov. Inse att man inte är lat bara för att man säger nej eller ställer in ett möte.

Hon ska tänka igenom vilka signaler som talar om att hon försöker vara alltför duktig, och kanske, be sina närmaste att säga till om det drar iväg.

Alexandra heter egentligen något annat.



PER NETTELBLADT/OLLE HAGNELL

Unik studie om psykisk hälsa

Intervju av Helena Östlund

Under femtio år har Lundbystudiens forskare följt hälsan hos en grupp människor som växt upp på skånska landsbygden. Den fjärde omgången av intervjuer är precis klar och en databas har byggts upp av alla fakta som samlats in genom åren. Det unika materialet kommer att ge svar på många frågor om hur människors psykiska hälsa förändrats under efterkrigstiden.

Lundbystudien har varit en av de mest framträdande och internationellt mest citerade undersökningarna inom psykiatrisk folkhälsoforskning. Det var psykiatern Erik Essen-Möller som tog initiativ till studien 1947 och som tillsammans med tre kollegor genomförde den första undersökningen. De intervjuade samtliga invånare i Dalby och Bonderups socknar utanför Lund, 2.550 personer. 1957 intervjuades de som fortfarande levde av dem, och dessutom 1.013 personer som hade flyttat in efter 1947. Sammanlagt 2.612 personer.

Olle Hagnell genomförde de flesta intervjuerna 1957. Då var han ung psykiater, i dag är han 76 år och professor emeritus. Den sommaren åkte han kors och tvärs i Dalby och Bonderup och prosten hjälpte till med information och kontakter. Mellan maj och november genomförde han ett par tusen intervjuer – om livet och familjen, om personlighetsdrag och problem. Eftersom alla i trakten intervjuades behövde ingen känna sig utpekad.

– Ofta blev det långa samtal. Många berättade om psykiska besvär som de aldrig pratat med någon om och ibland var det svårt att komma därifrån. Intervjuerna lärde mig mycket om en befolkning och om människors liv. Vissa har blivit som gamla vänner, berättar Olle Hagnell.

Orterna döptes om till Lundby av sekretesskäl, men i dag är så många utflyttade att sekretessen har spelat ut sin roll. I den tredje undersökningen från 1972 och i den fjärde 1997, har de som fortfarande levde intervjuats igen. Det var knappt 1.800 personer 1 juli 1997.

Ursprungligen var Dalby en välmående jordbruksbygd med en homogen lantbrukarbefolkning. I dag är de flesta tjänstemän. Det enda som skiljer de intervjuade från den svenska genomsnittsbefolkningen är att det inte finns några invandrare bland dem.

Lundbystudien, som är en psykiatrisk epidemiologisk undersökning, speglar femtio år av snabb samhällsomvandling. En period då Sverige tog steget från jordbruksland till industrination och vidare till informationssamhälle. Även psykiatrin har radikalt förändrats. Från tystnad och inlåsning på mentalsjukhus till större öppenhet, utflyttning i samhället och ett spektrum av behandlingsmetoder.

Vad har hänt under dessa år? Är den psykiska hälsan bättre eller sämre? Vilka skillnader finns mellan kvinnor och män och mellan olika åldersgrupper? Har sjukdomspanoramata – med depression, ångest, demens, schizofreni och alkoholism som de stora folkhälsoproblemen – förändrats?

Resultat om depression

Under de närmaste åren kommer många av dessa frågor att kunna besvaras. Några av Lundbystudiens mest kända resultat från 1970-talet är att varannan kvinna och var fjärde man riskerar att bli deprimerad någon gång under sitt liv. Dessa siffror ska nu åter granskas. Vissa preliminära data har sammanställts och det tycks som om allt fler kvinnor över femtio år blir deprimerade.

– Vi kan bara spekulera i orsakerna, men många kvinnor i den åldern har en pressad livssituation. Barn som flyttar hemifrån, skilsmässor och dubbelarbete. Förr var könsrollerna uppdelade, det krävdes inte att man skulle klara av att samtidigt göra karriär och ha familj. De äldsta kvinnorna kanske har blivit änkor och lider av ensamhet, menar psykiatern Per Nettelblatt som i dag leder Lundbystudien.

Medelålders män har enligt siffrorna inte blivit mer deprimerade, men Per Nettelblatt tror att de är mindre benägna att berätta om sina problem. Han gissar att man kommer att finna mer alkoholmissbruk bland dem.

Vad är psykisk hälsa?

– Vi vill också ta reda på hur det har gått för dem som mått dåligt, men inte sökt vård. Många har klarat svåra livssituationer utan att söka hjälp. Om en person får medicin och blir

bra antar man att det beror på medicinen, men hon kanske hade blivit bra ändå med tiden?

En av studiens huvudfrågor är vad psykisk hälsa egentligen är. Efter en stunds funderande över ord som ”arbeta”, ”känna” och ”älska” formulerar Per Nettelbladt begreppet psykisk hälsa som ”att klara av svårigheter och motgångar i livet och ändå behålla sitt livsmod och sin optimism”.

– Psykisk hälsa är inte frånvaro av problem, men vissa klarar bättre av att hantera svårigheter än andra, konstaterar han.

Där har skett en positiv förändring, menar han, i dag fokuserar man mycket mer på människors möjligheter, på det som är positivt och utvecklingsbart, än när han själv började arbeta som psykiater på 1970-talet.

Fortsatte med Lundbystudien

Olle Hagnell gissar att sjukdomspanoramata ser ungefär likadant ut nu som då – men vi använder kanske andra ord. Panikångest, till exempel, var vanligt redan på femtiotalet, men eftersom begreppet inte fanns trodde de drabbade ofta att det var något med hjärtat.

Psykiatriska symtom har också förändrats i takt med samhällets utveckling; förr handlade psykotiska idéer ofta om onda andar och djävulen, sedan kom el, radio och telefon in i tankevärlden och så småningom TV. Många av dem som mått dåligt har blivit bättre utan hjälp. Andra har lärt sig leva med sina problem och åter andra har fått behandling.

Lundbystudien återuppstod 1996 när Per Nettelbladt en dag åt lunch med Olle Hagnell och de kom att prata om Olles livsverk. Skulle det inte vara möjligt att intervjua

”lundbyborna” en fjärde gång, efter femti år?

– Det var en möjlighet som kom till mig. Jag hade inte planerat att inleda någon ny forskarkarriär. Jag blev intresserad därför att Lundbystudien handlar om det jag tycker är viktigast inom psykiatrin, människors liv och förhållanden, hur samhället förändras och hur det påverkar hälsan, säger Per Nettelbladt som själv doktorerade på småbarnspappors anpassning i familjen 1981.

Han engagerade ett gäng medarbetare – några hade varit med tidigare och resten var nya – och fick pengar för att komplettera databasen. Från början skrevs intervjuerna in på kort, men har sedan förts över till en databas. Sekretessen är sträng och följer Datainspektionens regler.

Undersökningen innehåller dels strukturerade intervjuer, dels flera självskattningsformulär. Dessutom har information samlats in från anhöriga och sjukvårdspersonal. Det senaste året har forskargruppen analyserat information i journaler, både psykiatriska och somatiska, för personer som dött sedan 1972, för att bland annat bedöma om de lidit av psykisk sjukdom. På så sätt ingår även dessa i studien.

Ett speciellt problem har varit att översätta de gamla diagnoserna till moderna. Erik Essen-Möller utformade ett eget diagnosystem, så kallade Lundbydiagnoser, och dessa har jämförts med de moderna psykiatriska diagnosystemen DSM-IV och ICD-10 som är mer specifika. Ett mödosamt och tidskrävande arbete.

Unik studie

Det finns bara en annan undersökning i världen, från Sterling County i Nova Scotia i Kanada, som hållit på lika länge. Det

är enbart med denna typ av långvariga undersökningar som man kan mäta hur många som nyinsjuknar i psykisk sjukdom.

Lundbystudien är unik även genom det höga deltagandet. Bortfallet i de tre första omgångarna har endast varit några procent, vilket är extraordinärt i denna typ av forskning. Men det var antagligen inte så lätt att säga nej när doktorn stod på trappan och ville ställa frågor.

I den fjärde omgången har 87 procent intervjuats, och tillfredsställande information har inhämtats för 90 procent (från anhöriga och journaler – 53 personer avled innan man hann intervjua dem). Även detta är mycket höga siffror. Att bortfallet ändå är större än tidigare, tror Per Nettelbladt kan bero på att de etiska kraven är högre i dag. Man kan inte bara komma och knacka på, utan måste skicka introduktionsbrev först.

Nya studier och avhandlingar

Lundbystudien har genom åren resulterat i en mängd studier och flera avhandlingar. Olle Hagnell har studerat hur depressioner kan maskera sig som kroppsliga besvär. Barnpsykiatern Marianne Cederblad har visat att barn som varit utsatta för traumatiska händelser i barndomen ändå kan få en god psykisk hälsa som vuxna. Leif Öjesjö har forskat om alkoholisters sjukdomsförlopp.

Tre nya avhandlingar är påbörjade. Cecilia Mattisson skriver om depressioner, Mats Bogren om ångest och Erik Hofvendahl om salutogena – hälsobringande – faktorer i livet. Per Nettelbladt studerar med hjälp av Socialstyrelsens dödsorsaksregister om antalet självmord har ökat eller minskat och vilken roll antidepressiv medicinering spelar.

Eftersom databasen även innehåller information om kroppsliga sjukdomar, social situation och missbruk finns närmast oändliga möjligheter att studera samband mellan psykiska, fysiska och sociala förhållanden. Det går också att studera sjukdomars väg genom släktled eftersom Erik Essen-Möller följde vissa släkter bakåt ända till 1700-talet.

En högst aktuell fråga som Lundbystudien kommer att kunna svara på är om utbrändhet är ett modernt tillstånd. Bland Lundbydiagnoserna finns en diagnos som benämns trötthet och vars symtombild har gemensamma drag med utbrändhet som kanske inte alls är något nytt fenomen.

*Per Nettelbladt är docent i psykiatri
vid universitetssjukhuset i Lund.*

Olle Hagnell är professor emeritus.

Lästips!

Essen-Möller E, Larsson H, Uddenberg C-E, White G: Individual traits and morbidity in a Swedish rural population. *Acta Psychiatr Neurol Scand*, Suppl 100, 1956.

Hagnell O: A prospective study of the incidence of mental disorder. A study based on 24,000 person years of the incidence of mental disorders in a Swedish population together with an evaluation of the aetiological significance of medical, social, and personality factors. Thesis, Lund: Svenska Bokförlaget Bonniers 1966.

Hagnell O, Essen-Möller E, Lanke J, Rorsman B, Öjesjö L: The incidence of mental illness during a quarter of a century. The Lundby longitudinal study of mental illnesses in a total population based on 42 000 observation years. Stockholm: Almqvist & Wiksell International 1990.

Munk-Jørgensen P, Kullgren G (eds.), The epidemiology of mental disorders in the Nordic countries. Festschrift to Professor Claes-Göran Westrin, June 1996. *Nordic Journal of Psychiatry*, Supplement 36, Volume 50, 1966.

Wittchen H-U: Epidemiological research in mental disorders: lessons for the next decade of research – the NAPER Lecture 1999.

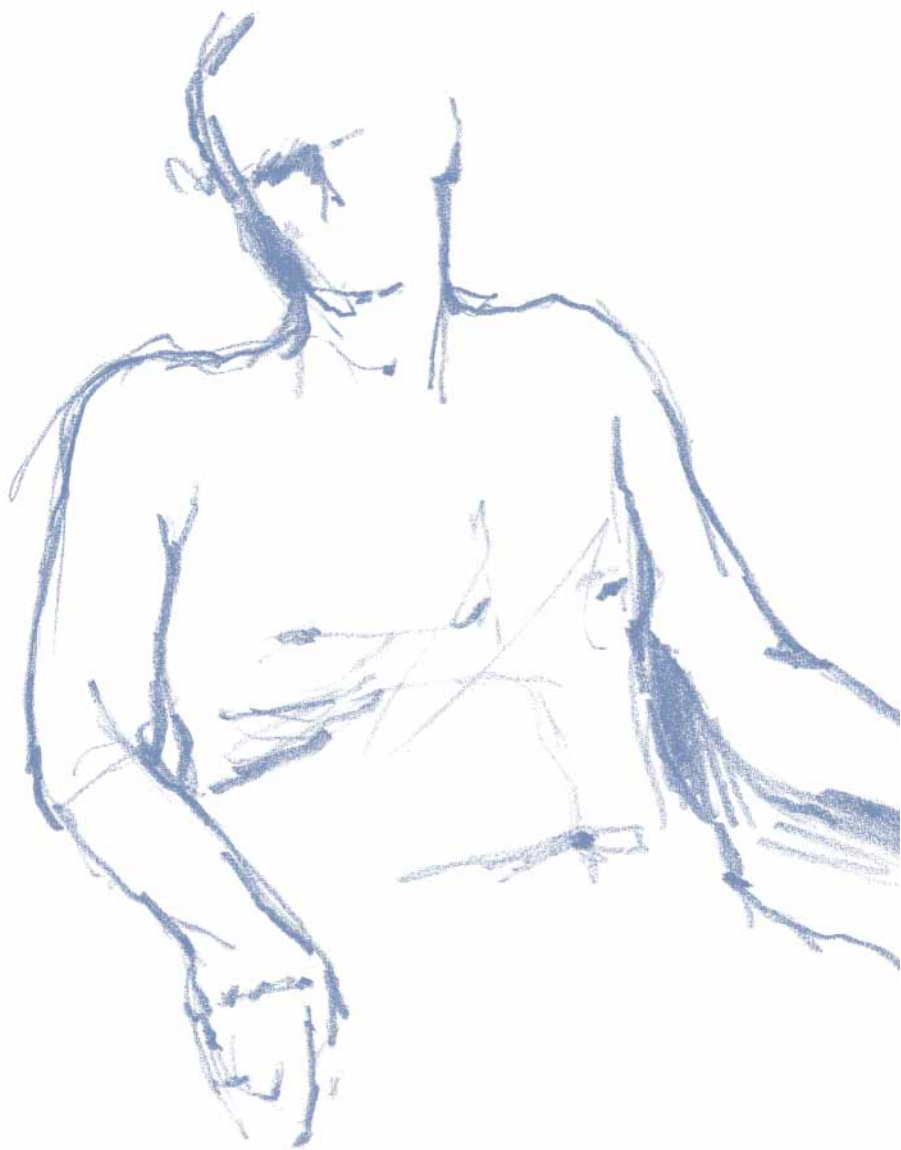
Systerprojekt till Lundby på Kreta

Om några år kan svenskars psykiska hälsa jämföras med hur det är att leva i en bergsby på Kreta tack vare det systerprojekt till Lundbystudien som startade hösten 2000 i byn Archanes.

Archanes, som är ett litet samhälle en bit uppe i bergen någon mil från Knossospalatset, har en homogen befolkning som lever av turism och av vad olivlundar och vinstockar producerar. Undersökningen i Archanes kommer att göra det möjligt att jämföra vad olika livsbetingelser betyder för den psykiska hälsan.

Klart är att depressioner, ångest och psykosor existerar även på Kreta, även om man inte så gärna söker hjälp för det. Minnen från andra världskriget då ön var ockuperad lever ännu kvar. Intensiv rökning, hetsig trafik och besprutning inom jordbruket utgör stora hälsorisker och ovanligt många i byn har diabetes.

242 av Archanes 1.340 invånare har intervjuats. Distriktsläkarna Maria Bathianaki, Irine Stefanaki, barnmorskan Eva Souranaki, psykiatern Michael Trellopoulos och professor Christos Lionis vid Heraklions universitet har varit ansvariga för undersökningen och Lundbyforskarna har bidragit med handledning och bearbetning av data.



EWA MENCKEL

God hälsa på arbetsplatserna är en folkhälsofråga

Intervju av Helena Östlund

Aldrig förr har så många långtidssjukskrivna haft psykiska diagnoser – depressioner, stress, ångest och utbrändhet. Det väcker frågan hur vi egentligen har det på våra arbetsplatser. Finns det plats för själen?

Att arbetsplatserna ska främja både psykisk och fysisk hälsa är ett relativt nytt sätt att tänka. När arbetsmiljöfrågorna växte fram efter andra världskriget handlade det framför allt om att skydda anställda inom industrin mot fysiska risker och olyckor.

På 1970-talet kom buller och hörselfrågor i fokus, under 1980-talet ökade medvetenheten om belastningsskador och först på 1990-talet har vi på allvar börjat prata om psykisk hälsa.

– Det har skett ett paradigmskifte, från ett traditionellt biomedicinskt till ett mer humanistiskt synsätt. I dag sätts välbefinnande och en känsla av sammanhang mer i fokus.

Det var 68-rörelsen som började ifrågasätta den medicinska orienteringen och uppifrånperspektivet. De var vana vid att se underifrån, säger Ewa Menckel som är psykolog och professor i folkhälsa med arbetsvetenskaplig inriktning vid Arbetslivsinstitutet och högskolan i Halmstad.

Tyngdpunkten i arbetsmiljöarbetet har under dessa decennier flyttas från personlig skyddsutrustning och skydd på maskiner till att omfatta hela arbetsplatsen och dess miljö, och ansvaret har förts över från de anställda till ledningen. Förr ansågs olyckor bero på individen, i dag ska arbetsplatser vara så säkra att man ska kunna göra misstag utan att riskera hälsan.

Psykiska diagnoser har ökat

Ändå har antalet långtidssjukskrivna tredubblats sedan 1997 och en fjärdedel av dem har psykiska diagnoser – fler än någonsin tidigare. Dessutom återgår allt färre långtidssjukskrivna i arbete. Siffror från hösten 2002 visar att långtidssjukskrivningarna ökar särskilt bland välutbildade under 35 år. Kompetenta unga människor som jobbar hårt och intensivt i en kultur som kräver ständig tillgänglighet vilket innebär att man aldrig hinner återhämta sig.

Annars är det bland anställda inom vård, skola och omsorg – framför allt bland kvinnorna – som sjukskrivningarna har ökat mest. Ewa Menckel anser att en bidragande orsak till att ohälsan ökar inom den offentliga sektorn kan vara att personaltätheten har minskat med 30–40 procent på många arbetsplatser sedan 1990-talets början.

Dåligt ledarskap har också spelat in och ständiga omorganisationer har splittrat arbetslagen – trots att vi vet att det

tar lång tid att forma fungerande arbetsgrupper. Men Ewa Menckel hoppas att man nu börjat inse riskerna med snabba organisationsförändringar. Hon tror att de ökande sjukskrivningarna också kan spegla en pågående attitydförändring där unga människor värderar arbetet annorlunda än äldre generationer.

– Många unga sätter stort värde på inflytande, gemenskap och en god balans mellan arbetet och den övriga delen av livet, medan vi äldre kanske värderade möjligheten till försörjning högre, säger hon.

Mobbning och sexuella trakasserier

Det finns även andra faktorer på arbetsplatserna som hotar hälsan. Mobbing och trakasserier är några. Nio procent eller 340.000 vuxna anser sig mobbade av chefer eller kollegor enligt SCBs siffror från 2000. Men det är svårt att få mobbing räknad som arbetsskada. Bara 15 fall av mobbing har godkänts som skada sedan 1993, trots att 1.200 fall anmäldes till Arbetsmiljöverket bara under år 2000.

Skolverket räknar med att fem-tio procent av alla elever är mobbade. Även här saknas forskning. Ewa Menckel konstaterar att forskningen hittills koncentrerats på individer, det vill säga på mobbare och mobbade, medan studier om övergripande strukturer och processer som kan leda till mobbing i stort sett saknas.

Sexuella trakasserier är vanliga både i skolan och på arbetsplatserna. Enligt undersökningar är 10–20 procent av alla kvinnor utsatta för trakasserier. I en nationell studie bland 17-åriga flickor i gymnasiet sade 7 av 10 att de blivit utsatta för kränkande kommentarer senaste skolåret. Inom

vård och omsorg förekommer också hot och våld. I en riktäckande undersökning från 1999 hade 51 procent av personalen blivit utsatta senaste året – och hela nio procent utsattes varje dag.

Ny syn på god hälsa

Vad är egentligen en god hälsa? Det kan definieras på många olika sätt. En av de mest kända och vitt spridda är WHO:s definition från 1946: ”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom och handikapp”. Den definitionen var banbrytande genom att den ändrade fokus från sjukdom till hälsa, men har också kritiserats för att vara alltför utopisk.

Nästa steg på vägen mot en förändrad syn på hälsa kom på 1980-talet med Aaron Antonovsky och hans teorier om KASAM, känsla av sammanhang.

Han utgick från det salutogena, det vill säga det friska och positiva i tillvaron, i stället för det sjuka. Han ställde frågor som: vad är det som gör att många människor mår bra och förmår hantera sina liv trots problem och sjukdomar? Vilka faktorer främjar hälsa? Detta är frågor som forskningen knappt börjat nosa på.

Antonovsky sätter begreppen ”meningsfull”, ”begriplig” och ”hanterlig” i centrum. Av dem anser Ewa Menckel att begreppet ”hanterlig” är allra viktigast för att främja hälsa. Alltså att människor själva kan hantera och påverka sin arbetssituation.

– Om en förändring på arbetsplatsen känns meningsfull eller åtminstone begriplig, men inte går att hantera, ökar risken för att människor ska drabbas av ohälsa, konstaterar hon.

Det kan till exempel innebära att personalen på ett äldreboende förstår att en av avdelningarna måste stängas av ekonomiska skäl. Men när de märker att de får mer att göra och inte hinner med sina sysslor kan de inte längre hantera sin arbetssituation.

Samma tankar finns hos flera ledande arbetslivsforskare, även om de använder olika uttryck. Töres Theorell som är en av Sveriges mest erfarna stressforskare kallar det ”kontroll”. Lennart Hallsten som är psykolog på Arbetslivsinstitutet använder uttrycket ”ett glapp mellan mål och medel”, det vill säga att det inte finns tillräckliga medel på en arbetsplats för att klara de uppsatta målen. Då ökar risken för utbrändhet.

Lennart Hallsten som i många år forskat om sambandet mellan arbetsliv och hälsa, föredrar ordet utbrändning. Han anser att det är en lång process i flera steg som ofta drabbar människor med starkt engagemang och en ”prestationsbaserad självkänsla”, det vill säga där självkänslan bygger på vad man presterar, inte på vem man är. Enligt hans forskning är detta vanligare hos unga kvinnor och hos välutbildade personer.

Värdet av goda arbetsplatser

Lennart Hallsten påpekar att begreppet utbrändhet är mycket omdiskuterat. Det finns ingen gemensam vetenskaplig definition. Inom arbetslivspsykologin och i andra länder har uttrycket, och dess engelska motsvarighet burn-out, länge använts för att beskriva en stress- och krisreaktion som inte nödvändigtvis måste leda till sjukskrivning. Men i Sverige har det i dag kommit att innebära ett allvarligt utmattnings-

tillstånd som tar lång tid att reparera. Sjukskrivningarna kostar miljardbelopp varje år, men det finns mycket lite av genomtänkta strategier för att få människor tillbaka i arbete.

– Vi lägger ned mycket tid på att diskutera hur vi ska rehabilitera långtidssjukskrivna. Men det är ett snävt synsätt, det är bara ena sidan av ett allvarligt och kostsamt problem. Vi måste komma in mycket tidigare och främja en god hälsa på arbetsplatserna. Här finns stora utmaningar för forskningen, som hittills mest har handlat om ohälsa, påpekar Ewa Menckel.

Hon är ansvarig för den svenska delen av Workplace Health Promotion, WHP, ett EU-nätverk som arbetar för att främja god hälsa på arbetsplatserna. Fyra svenska företag lyftes 1999 fram som förebilder, Malmö Brandkår, Luftfartsverket i Stockholm/Arlanda, Länsförsäkringar Wasa i Stockholm och Astra Zeneca i Södertälje.

De har alla nått goda resultat som minskad stress, ökad trivsel, minskad sjukfrånvaro, att få långtidssjukskrivna tillbaka i arbete, rehabilitering av missbrukare, minskad rökning och färre olyckor och arbetsskador. På flera av dessa arbetsplatser har företagshälsovården spelat en central roll och ledningen har aktivt drivit hälsofrågorna.

Ledningens roll

Men många ledningsgrupper har inte kunskap eller ork att fokusera på hälsan anser Ewa Menckel. Om ledningen inte är intresserad av hälsofrämjande arbete spelar det ingen roll hur bra företagshälsovården arbetar. Det vill säga om företagshälsovården ens finns kvar. När statsbidragen försvann i början av 1990-talet bantades företagshälsovården kraftigt,

men börjar nu långsamt byggas upp igen.

Lars Österblom, som är organisationskonsult och civilingenjör med en mastersutbildning i arbetshygien, har utbildat kommunala chefer i Göteborg i hälsofrämjande ledarskap. Han menar att hälsan på arbetsplatsen i mycket stor utsträckning beror på hur ledarskapet ser ut. Men traditionell chefsträning innehåller knappt någon människokunskap.

– En chef måste hinna se varenda människa. Lyssna, ge feedback och våga lita på att medarbetarna tar ansvar. Det väcker frågan hur många man kan leda. 30–40 anställda vore lagom, men det finns en tendens att det blir allt fler särskilt inom vård och omsorg, konstaterar han.

Han anser också att en chef inte kan leda på ett hälsofrämjande sätt om han eller hon inte mår bra själv. Chefen bör vara en personlig förebild genom att till exempel avsätta tid för egen motion och inte vara den som ständigt kommer först och går hem sist. Men många chefer har svårt att tänka på sig själva. En chef måste också kunna säga i från uppåt om det behövs.

– En chef som duckar eller inte tar ansvar skapar ett tomrum där medarbetarna blir övergivna. Är man så svag att man inte vågar ryta åt politikerna ska man inte vara chef, säger Lars Österblom.

Han påpekar att även politiker kan träna sig att leda på ett hälsofrämjande sätt. Men ansvaret ligger också hos de anställda. Alla människor kan med sin egen kraft bidra till en god hälsa på jobbet. Det kan vara till synes enkla saker som att visa uppskattning när någon gjort något bra, säga hej till alla när man kommer, fråga hur andra mår och ta kontakt om någon är sjuk en längre period.

Ewa Menckel betonar att god hälsa på arbetsplatserna inte bara är en arbetsmiljöfråga, utan också en folkhälsofråga. Arbetsgivare och samhälle måste i framtiden dela på ansvaret för människors hälsa på ett helt annat sätt än i dag anser hon. Arbetsplatserna börjar också bli en intressant arena för alla folkhälsoforskare och Ewa Menckel tror att ett ökat samarbete mellan de båda disciplinerna kan bidra till ett hållbart och positivt livsutrymme för alla.

Ewa Menckel är psykolog och professor i folkhälsa med arbetsvetenskaplig inriktning vid Arbetslivsinstitutet och högskolan i Halmstad.

Lästips!

Menckel E, och Österblom L. Hälsöfrämjande processer på arbetsplatsen. Om ledarskap, resurser och egen kraft. Arbetslivsinstitutet, Stockholm 2000.

Menckel E, och Österblom L. Managing Workplace Health. Sweden meets Europe. Arbetslivsinstitutet, Stockholm 2002.

Hallsten L, Bellaagh K, Gustafsson K. Utbränning i Sverige – en populationsstudie. Arbete och Hälsa, Arbetslivsinstitutet, Stockholm 2002:6.

Medin J, Alexandersson K. Begreppen Hälsa och hälsöfrämjande – en litteraturstudie. Studentlitteratur, Lund 2000.

MALMÖ BRANDKÅR

Lyckat förändringsarbete vid Malmö Brandkår

Intervju av Helena Östlund

För drygt tio år sedan var Malmö brandkår en arbetsplats i kris. I dag är stämningen en annan. Den hierarkiska organisationen är omstöpt och goda rutiner för avlastningssamtal har skapat ett öppet klimat. Man har lyckats få 86 procent av de långtidssjukskrivna tillbaka i jobb och 24 anställda har rehabiliterats från missbruk. För detta nominerades Malmö brandkår till bästa svenska hälsofrämjande arbetsplats av EUnätverket WHP, Workplace Health Promotion, i Bonn 1999.

– Vi gjorde allt detta för att få struktur och ordning – och fick hälsonyttan på köpet, säger utvecklingschefen Gunilla Jansson.

Malmö brandkår fyller upp ett helt kvarter av kulturminnesmärkta tegelbyggnader med tinnar och torn. Här arbetar 360 anställda, varav 22 kvinnor. 150 med ambulans och färdtjänst och 180 med räddningstjänst. Dessutom finns ett par mindre enheter för förebyggande arbete och katastrofberedskap.

Gunilla Jansson möter mig klädd i tjänsteuniform, kjol, kavaj och höga klackar, de sista resterna av en svunnen tid konstaterar hon.

– Jag kom klädd så här när jag skulle följa med räddningstjänsten en natt för att se hur de arbetade. En av brandmännen tittade länge på skorna och sa ”du får nog lov att byta”, berättar hon.

Strax intill hennes arbetsrum låg förre brandchefens lägenhet – och där bodde han så sent som 1991. På den tiden var verksamheten nedgången både ekonomiskt och mänskligt. Kommunikation och information fungerade inte, brandchefen bestämde det mesta själv. De anställdas förtroende för ledningen var minimalt, förtroendet från politikerna likaså. Det dracks en del.

Började med en attitydundersökning

Den nye chefen som rekryterades för att vända utvecklingen 1991 startade med en attitydundersökning, där alla anställda fick ge skriftliga synpunkter. Därefter arbetade projektgrupper fram en ny policy, ”det gröna dokumentet” som med smärre förändringar är aktuellt än i dag.

– Det var första gången de anställda upplevde delaktighet, säger Gunilla Jansson.

Personalidén är kort och enkel: ”vi tror att alla kan, vi tror att alla vill, alla ska få möjlighet”. I den nya organisationsstrukturen lades brandchef och ledning i botten som ”servant leadership” och de fyra enheterna i topp. Detta är allra senaste rönen inom ledarskapsfilosofi: ledningen ska tjäna de anställda, inte hindra dem. Men så har man arbetat länge inom Malmö brandkår, påpekar Gunilla Jansson förtjust.

Åtgärdade missbruket

Efter att den nya organisationen sjsatts blev drickandet ett av de första problemen att ta itu med. Förutom alkohol förekom också narkotika och anabola steroider i några fall.

– Under 1960- och 1970-talen fanns en kultur där man satt i bastun och drack öl på arbetstid.

Även om dryckesvanorna förändrats mycket sedan dess fanns en del problem kvar i det fördolda. Ingen i ledningen tog tag i det – inte så konstigt eftersom den gamle chefen inte föregick med särskilt gott exempel vad gäller alkoholen. I dag är det full öppenhet om vilka som har missbruksproblem och går i behandling.

– Många var kritiska till det i början, bland annat facket, men ändrade sig när de såg att det fungerade bra, konstaterar Gunilla Jansson.

Arbetsledaren ansvarar för det första samtalet om han ser att någon har problem. Om inte det räcker tar en stödgrupp, bestående av brandchefen, en anställd före detta alkoholist och personalchefen, över kontakten med den berörde som kallas till ett möte. Det kan också vara den anställde själv eller en arbetskamrat som ber om hjälp. Förnekande är vanligt, men stödgruppen släpper inte taget. Familjen tas med i behandlingen om det behövs. Av de 24 som rehabiliterats har fyra sagt upp sig, men resten arbetar kvar.

– Vi brukar säga att vi räddade 20 anställda och sparade 20 miljoner, säger Gunilla Jansson.

Regelbundna avlastningssamtal

Man har också satsat mycket på att få avlastningssamtal, debriefing, att bli en fast rutin. Både arbetsledarna och

särskilda handledare har lärt sig metoden. Samtalen genomförs så fort någon ber om det – och det på direkten, innan man lämnar jobbet efter passet. Om någon hunnit gå hem kallas denne tillbaka. Vid första samtalet deltar alla som varit närvarande vid händelsen – även utomstående som till exempel poliser – för att man tillsammans ska kunna rekonstruera vad som hänt. Vid andra samtalet handlar det mer om bearbetning för de närmast inblandade.

Brandmännen brukar ha avlastningssamtal ungefär en gång i månaden, ambulansförarna tätare eftersom de råkar ut för fler traumatiska händelser. Det behöver inte handla om det allra svåraste, som till exempel när ett barn har dött. Gunilla Jansson begärde själv avlastningssamtal när en kollega sedan många år visade sig ha förskingrat pengar och hon kände sig sviken och lurad.

– Samtalen har skapat ett öppet klimat, där man lär sig att prata om svåra saker och ta hand om varann. Det var vi inte medvetna om när vi startade.

Den öppna stämningen har kanske också bidragit till att man lyckats rehabilitera hela 86 procent av de långtidssjukskrivna.

– Jag hörde Anna Hedborg säga på radio i dag att de sjukskrivna kanske inte ska vara borta från arbetet. Så har vi jobbat länge, vi kallar det arbetslinjen.

Det innebär att den sjukskrivne ska tillbaka till jobbet så fort som möjligt, om än bara några timmar i veckan, vilket försäkringskassan är med på. Även om det inte går att åka med på larm finns det andra sysslor att hjälpa till med. Dessa krav var jobbiga i början för somliga som var vana vid att slappa berättar Gunilla.

Satsar på fysisk träning

Även antalet arbetsskador har sjunkit. Det visade sig att många arbetsskador uppstod vid hårda sporter som innebandy. I dag har alla, även ambulanspersonalen, obligatorisk fysisk träning på varje arbetspass. Numera oftast i gymmet med personliga träningsprogram. Alla har fri tillgång till företagshälsovården, en tjänst som köps in av Feelgood, och en grundlig hälsoundersökning genomförs varje år.

Detta har skapat en stor medvetenhet om hälsans betydelse. Gunilla Jansson har aldrig varit på en arbetsplats där man pratar så mycket om matlagning och träning och där så få röker. Malmö brandkår lägger 1.300 kronor per anställd och år på företagshälsovård, mer än dubbelt så mycket som kommunala verksamheter brukar satsa. Men fortfarande långt efter de stora företagen.

Det har inte varit helt konfliktfritt att genomföra alla dessa förändringar sedan 1991. Gunilla menar att det största hindret varit den starka – och förändringsovilliga – kårandan inom framför allt brandkåren.

Stark kåranda

– Kårandan är mycket kraftfull om den är med en, men som motståndare är den som Berlinmuren. Brandmännen är som en familj, de känner varann utan och innan, men bundenheten till gruppen kan också göra att man inte vill gå utanför sin egen slutna värld.

Detta är också ett av skälen till att det varit svårt att få in kvinnor och invandrare i brandkåren trots en uttalad politisk vilja. Vid senaste antagningen sökte 6 kvinnor av 400, men ingen anställdes. Ingen invandrare heller.

– Vi underskattade både vår förmåga att locka kvinnor och invandrare, och det faktum att erfarenhet ger försprång vid proven.

De som anställdes hade alla erfarenhet i någon form. Yrket går dessutom ofta i arv och söner till brandmän har hört berättas om yrket sedan barnsben. Men yrkesrollen kommer att förändras i framtiden. På ambulansförare ställs krav på sjuksköterskeutbildning och brandmännen kommer delvis att få andra uppgifter, till exempel att rycka ut vid trafikolyckor. Dessutom breddas utbildningen. Ambulansen i Malmö är redan nu konkurrensutsatt och brandkåren blir det nästa år, vilket också kommer att påverka arbetsplatsen.

Nya förändringar hela tiden

Det sista året har utvecklingen av det hälsofrämjande arbetet stått stilla på grund av en lönekonflikt med brandmännen, men det hoppas Gunilla Jansson ska lösa sig snart.

Stödgruppen för missbrukare kan hon känna sig lite orolig för eftersom två av nyckelpersonerna går i pension inom några år. En sådan uppgift kräver personligt engagemang. Ett annat orosmoment är att långtidssjukskrivningarna har börjat öka igen. Ett viktigt skäl är troligen att många anställda blivit äldre och inte orkar lika mycket som förr.

– Vi har underskattat skiftarbetets betydelse. Efter 55 år börjar det bli jobbigare att återhämta sig från nattskiftet. På män sätter det sig ofta i rygg eller knän. Vi måste ha mer individuell schemaläggning i framtiden. Man kan aldrig slä sig till ro med utvecklingsarbete, konstaterar Gunilla Jansson.

INGVAR LUNDBERG

Starkt samband mellan psykisk ohälsa och dåliga arbetsvillkor

Text: Helena Östlund i samarbete med Ingvar Lundberg

Att dåliga arbetsvillkor kan utlösa psykisk ohälsa är en insikt som har växt sig allt starkare under 1990-talet. Men det har funnits alltför lite forskning i frågan. Befolkningsundersökningen PART i Stockholm kommer förhoppningsvis att öka kunskaperna om vad som orsakar psykisk ohälsa och vilka sociala konsekvenser ohälsan skapar.

– Det är lätt att ta till individuella förklaringar till psykisk ohälsa. Men det finns både personliga och arbetsrelaterade orsaker, som troligen samverkar. Vi behöver ta reda på mycket mer om hur arbetslivet samspelar med livet i övrigt, och vad bakgrunden spelar för roll, säger Ingvar Lundberg, professor vid Arbetslivsinstitutet och ansvarig för den del av PART-projektet som fokuserar på arbetslivet.

Under lågkonjunkturen i början av 1990-talet ökade kraven och belastningen i arbetslivet kraftigt. Särskilt inom den offentliga sektorn där resurserna och antalet anställda mins-

kade samtidigt som de officiella ambitionerna för verksamheterna snarast ökade.

– Det verkar som om arbetslivet polariserades. De som hade goda arbeten med lagom balans mellan krav, inflytande och stöd fick det bättre, medan de som hade arbeten med sämre balans fick det sämre, säger Ingvar Lundberg.

Det var när högkonjunkturen kom i mitten av 1990-talet och sjukskrivningarna på grund av psykisk ohälsa ökade markant som man för första gången började betrakta psykisk ohälsa som utlöst av arbetet för stora grupper av anställda. Då blev också behovet av mer forskning påtaglig.

Att så lite forskning har genomförts kan bero på att det är svårt att undersöka s.k. lättare psykisk ohälsa. Tillstånden kommer och går, vissa personer drabbas många gånger i livet, andra bara en gång. De flesta människor med lättare psykisk ohälsa har aldrig någon kontakt med sjukvården. Det betyder att dessa tillstånd inte kan fångas genom sjukdomsregister, utan man måste fråga människor direkt. Man måste också undersöka samma personer vid flera tillfällen för att fånga samband och förändringar över tid.

PART-studien löper därför över minst tio år och består dels av ett frågeformulär till 10.500 stockholmare med tre års mellanrum och dels fördjupande intervjuer med olika fokus till ett färre antal människor.

Viktigt att kunna påverka

Inom arbetslivspsykologin har man länge känt till att graden av kontroll över arbetet spelar roll för hälsan. Kontroll med innebörden inflytande, möjlighet att påverka och att lära sig nya saker. Detsamma gäller om man ställs inför höga krav

och om man är pressad och bunden av tiden. Höga krav spelar snarast en positiv roll enligt de flesta undersökningar. Dock inte när det gäller psykisk ohälsa där höga krav verkar ha en negativ effekt.

– Det visade sig att lågt psykiskt välbefinnande var 6–10 gånger vanligare bland grupper med mindre gynnsamma förhållanden, jämfört med de med mer gynnsamma, om man i PART-studien kombinerar låg kontroll och höga krav med ett lågt socialt stöd i arbetet. Det var en mycket stor skillnad, något som man sällan ser i en undersökning. Jag har aldrig varit med om det förut, säger Ingvar Lundberg.

De första delen av PART-studien visade också, liksom många andra undersökningar, att fler kvinnor än män lider av lågt psykiskt välbefinnande. Här var det 11 procent av männen mot 17 procent av kvinnorna.

Den första delstudien visade också att det är negativt för den psykiska hälsan om arbetsbelastningen är så hög att man tar med sig arbete hem och äventyrar balansen mellan arbetsliv och privatliv. Att försämra den balansen hade negativ effekt på välbefinnandet för stora grupper av både kvinnor och män. Dålig anställningstrygghet med risk att förlora arbetet påverkar också negativt.

Man vet också att det finns starkt samband mellan lågt psykiskt välbefinnande och lågt socialt stöd, det vill säga om man inte får den hjälp man behöver från chefer och arbetskamrater. Men Ingvar Lundberg betonar att detta är komplicerade frågor. Även andra faktorer spelar in, till exempel social klass. Arbetare upplever i allmänhet lågt inflytande och låga krav medan tjänstemän upplever högt inflytande och höga krav.

Intresserade av effekter av omorganisationer

Detta finns alltså starka samband mellan psykisk ohälsa och dåliga arbetsvillkor. Men vilket kommer först, hönan eller ägget? Orsakar arbetsvillkoren ohälsa, eller får man sämre arbetsvillkor om man lider av ohälsa, till exempel på grund av att man presterar sämre eller är mer sjukskriven? Det är bland annat sådana frågor som PART-studien förväntas svara på.

Forskarna är intresserade av vilka effekter organisationsförändringar får, inte minst mot bakgrund av alla omorganisationer som genomfördes under 1990-talet. Kan de till exempel orsaka kränkningar och konflikter?

Hypotesen är att om arbetet organiseras om så att färre ska göra samma arbete som tidigare, kan det leda till konflikter med arbetskamrater och chefer, personer som man egentligen behöver som stöd. Konflikter kan bidra till minskad självkänsla och otrygghet, och få folk att tippa över gränsen.

Ingvar Lundberg hävdar att organisationsförändringar, såsom de genomfördes under 1990-talet, inom den offentliga sektorn, troligen försämrade både effektivitet och personals hälsa.

– Förändringar hann sällan utvärderas, innan en ny genomfördes. Misstag möttes med nya misstag. Det fanns ingen dokumentation om nyttan med förändringarna.

I PART-projektet undersöks hur organisationsförändringar som genomfördes under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet påverkat den psykiska hälsan. PART-forskarna vill också ta reda på vilken djupare mening människor knyter till sitt arbete, och om de upplever någon konflikt mellan arbetsvillkor och den egna meningen.

Ökade krav och minskat inflytande

Förstudier visar att till exempel många anställda inom den offentliga sektorn upplevde en konflikt mellan det moraliska ansvar som de kände för klienter, patienter och elever och det sätt som arbetslivet utvecklades på under 1990-talet.

Vad var det som hände i arbetslivet under 1990-talet egentligen? Enligt SCB:s undersökningar ökade kraven ständigt samtidigt som inflytandet minskade, särskilt inom den offentlig sektor och alldeles särskilt bland kvinnor i vården.

Det var inte ovanligt att personalstyrkan på grund av nedskärningar reducerades kraftigt – samtidigt som samma mängd arbete skulle utföras. Så stora förändringar av arbetsvillkoren har inte skett under decennierna innan enligt vad andra undersökningar som ULF, SCBs undersökningar av levnadsförhållanden, visat.

Sverige är inget undantag. Utbrändhet och ökande krav finns över hela Västeuropa. Nedskärningarna kom tidigare och mer successivt i andra länder, medan Sverige drabbades abrupt och djupt. Den totala sysselsättningen i Sverige är fortfarande bland de högsta i EU, mycket beroende på att kvinnor jobbar lika mycket som män. Frågan är hur samhället kommer att försöka lösa problemet med sjukskrivningarna och den psykiska ohälsan. Ingvar Lundberg är ganska pessimistisk inför framtiden.

– Att förändra arbetslivet är oerhört komplext. Man kan jämföra med vad som hände i slutet av 1980-talet då sjukskrivningarna också ökade lavinartat. När lågkonjunkturen kom slogs de sjuka ut och blev avskedade. Om det blir en ny lågkonjunktur är det troligen de sjuka som får gå igen.

Han påpekar att man pratar om samma typ av lösningar

nu som då, till exempel att försvåra förtidspensioneringar och öka arbetsgivaransvaret. Men mycket mindre om att utveckla arbetslivet så att psykisk ohälsa förebyggs och att personer med olika former av ohälsa ska kunna arbeta.

*Ingvar Lundberg är professor
vid Arbetslivsinstitutet*

Lästips!

Per Wiklund: Skuld, ensamhet och bristande tillit. Tre mönster av relationen mellan arbetsvillkor och psykisk hälsa. Kort rapport om PART-projektet. Rapport från Yrkesmedicinska enheten 2001:4.

Stockholms läns arbetshälsorapport 1999. Om samband mellan arbetsliv och ohälsa i Stockholms län. Yrkesmedicin, Stockholms län.

Hälsa och hållbart arbetsliv i Stockholms län. Yrkesmedicinska enheten, Stockholms läns landsting 2001.

Staffan Marklund ed.: Arbetsliv och hälsa 2000. Stockholm, Arbetslivsinstitutet, Förlagstjänst, 2000.

Hemsidor:

Socialstyrelsen www.sos.se Folkhälsan i siffror

Statistiska centralbyrån www.scb.se Välfärdsindikatorer

Statens Folkhälsoinstitut www.fhi.se Fakta om folkhälsa/
psykisk hälsa

PART-projektet är en befolkningsundersökning som startade 1998 i Stockholms län. PART-studien står för Psykisk hälsa, Arbete och RelaTioner. Syftet är att undersöka förekomsten av psykisk ohälsa som depressioner och ångest, och dess orsaker och konsekvenser.

I PART-projektet har ett slumpmässigt urval av män och kvinnor mellan 20 och 64 år fått ett frågeformulär som cirka 10.500 besvarade. I den andra omgången som genomförs ungefär tre år efter den första enkäten får samma personer ett nytt frågeformulär. En tredje omgång planeras mot decenniets slut.

I projektets arbetslivsdel går forskarna vidare med intervjuer med ungefär 800 personer, där man undersöker om det till exempel förekommer depressioner. Frågorna under intervjuerna handlar också om händelser och svårigheter i arbetslivet såväl som i livet i övrigt under de senaste tre åren.

Det handlar även om hur arbetsförhållandena utvecklats under samma tid, till exempel om inflytande, krav och stöd i arbetet har ökat eller minskat, om hur lönen har utvecklats i förhållande till arbetsinsatsen, om möjligheter att förena arbete och privatliv och om krav i förhållande till kompetens.

I andra delar av undersökningen intervjuas de som i den första omgången hade depressionsdiagnos eller missbruksproblem. Eftersom de flesta inte kommit i kontakt med vården ställs bland annat frågor om hur man kan få hjälp på annat sätt eller hjälpa sig själv.

Datainsamlingen pågår till sommaren 2003 och därefter vidtar dataanalys och rapportering.



ANNE-LIIS VON KNORRING

Barn och ungdomars ökande depressioner

Intervju av Helena Östlund

Depressioner är ett stort problem bland barn och ungdomar idag. Men unga blir ofta missförstådda och ses som lata när de tappar gnistan – och förstår kanske inte själva varför allt känns så jobbigt. Därför krävs stor lyhördhet och flexibilitet hos behandlare för att få unga att ta emot hjälp.

Tonåringar har större svängningar i sitt känsleregister än vuxna, ena dagen känner de sig glada för något, nästa dag lite nere – och så blir det bra igen efter någon dag till.

– Jag tror att en av anledningarna till att man inte upptäcker depressioner hos tonåringar, är att man tror att det är normala svängningar, säger Anne-Liis von Knorring som är professor på institutionen för barn- och ungdomspsykiatri i Uppsala med depressioner som specialitet.

Hon har arbetat med barns och ungdomars psykiska ohälsa i 25 år och möter allt fler deppiga ungdomar. Samtidigt har vi blivit bättre på att tala om, känna igen och acceptera psykiska besvär.

Hon betonar att en egentlig depression är något helt annat än vanligt ”tonårs-upp-och-ner”. Den ska ha pågått i två veckor men varar ofta betydligt längre – i genomsnitt sju månader. I en undersökning som Anne-Liis von Knorring och Gunilla Olsson genomförde bland 16–17-åringar 1999 visade det sig att många hade haft lindriga depressionssymtom i över ett år.

– Så ska det inte vara. Det påverkar hur man fungerar, hur man ser på sig själv, relationerna till motsatta könet och till kompisar och hur man klarar skolarbetet. Ett år är jättemycket i den perioden.

Medelsvåra depressioner

Ungdomars depressioner brukar inte vara de allra djupaste, snarare medelsvåra. Det innebär att de oftast kommer iväg till skolan, men de presterar sämre och får kanske höra av läraren ”du som är så duktig, skärp dig”. Och de försöker, och kämpar med skolarbetet, men det går dåligt ändå.

Det kan i vissa fall röra sig om en bipolär sjukdom, med hypomana eller maniska perioder – något som är vanligare bland barn och tonåringar med depressioner än bland vuxna. Ju tidigare debut desto större risk för bipolär sjukdom. En av åtta som hade en depression i von Knorring/Olssons undersökning hade haft en hypoman episod, men aldrig vårdats på sjukhus för det.

En del av problemet med att känna igen depressioner handlar om ifall personen själv kan förklara och sätta ord på besvären. Barn har ofta svårt att förklara hur det känns eller var det onda sitter, de har inte den abstraktionsnivå som krävs. Anne-Liis minns hur hon i realskolan läste Per Lagerkvists dikt *Ångest*, ångest är min arvedel.

– Jag skulle skriva det på tavlan och skrev ”ångerst”. Jag visste inte vad ångest var, jag trodde det hade med att ångra sig att göra. Min mamma som är 75 år frågade mig härom året: ”ångest, vad är det för nåt?” När jag uttryckte det som panik, att ha svårt att andas – då visste hon vad det var. Men själva ordet hade hon inte.

Kroppens sätt att reagera

Anne-Liis von Knorring ser depressioner som kroppens sätt att reagera när det blir för mycket precis som när vi får feber av ett virus. Vi är olika mottagliga, somliga reagerar snabbt, för andra tar det längre tid. Depressioner är skadliga rent fysiskt. De medför ökad sjuklighet och ökad dödlighet både på grund av självmord och sjukdomar som infektioner och hjärt- och kärlproblem. Nivåerna av stresshormonet kortisol stiger i blodet, vilket kan utlösa diabetes och försämra en pågående diabetes.

Immunförsvaret påverkas också negativt, vilket ökar både infektionskänsligheten och risken för komplikationer. Anne-Liis von Knorring ser ingen större skillnad på depressioner och de tillstånd som kallas utbrändhet eller utmattningsdepression. Bakgrunden är långvarig stress i båda fallen och symtomen är likartade.

Det var i början av 1990-talet som man började tala om psykisk ohälsa som ett stort folkhälsoproblem bland unga. När Anne-Liis von Knorring började arbeta som psykiater i Umeå på 1970-talet pratade man inte om depressioner hos barn och ungdomar. Hon mötte tonåringar som var deppiga och ville lära sig mer, men fann ingen vägledning.

– Då trodde man inte att depressioner förekom bland

unga, särskilt inte före puberteten. Man diskuterade om det fanns en specifik barndepression, en modersdeprivation, men man visste inte så mycket.

Flickor oftare deprimerade än pojkar

Sedan dess har kunskapsnivån ökat markant. I diagnosinstrumentet DSM-III som kom 1980 användes för första gången samma diagnoskriterier oavsett åldrar. I dag är alla överens om att depressioner existerar även hos unga och symtomen ser i stort sett ut som hos vuxna. Den som behandlar måste bara vara observant på att inte förväxla symtom med normala faser i barns utveckling.

Före puberteten är depressioner lika vanligt hos pojkar som hos flickor. Men i gymnasiet har tre gånger så många flickor som pojkar en depression.

– Det händer något i samband med den fysiska puberteten vid tolv–tretton år. Man kommer inte ifrån hormonella faktorer. Vi vet att gulkroppshormon ökar risken för depression i den perioden. Sedan kan man fundera över kvinnorollen och alla mångfacetterade krav på unga flickor. De ska klara av en massa saker själva, vara framgångsrika, vackra, smala och dessutom bli duktiga mödrar.

Pojkar är oftare utagerande och har mer beteendestörningar, blir asociala och överskrider gränser och normer. Men det kan vara ett tecken på depression, det finns alltför liten kunskap om hur depressioner uttrycks hos pojkar och män.

Mycket talar för att depressionerna ökar i befolkningen, även bland barn och ungdomar. I von Knorring/Olssons undersökning hade hela tolv procent depressiva symtom som trötthet, huvudvärk, magvärk, frysning, dåsighet och andnöd.

I genomsnitt hade sex procent haft en egentlig depression under senaste året. Nästan ingen av dem hade sökt hjälp inom vården. Samma fenomen visade en undersökning våren 2002, bland patienter som besökte somatiska mottagningar. Där upptäcktes att nästan 40 procent av de unga hade en depression och bara en av fyra var känd sedan tidigare.

– De söker inte, konstaterar Anne-Liis von Knorring.

Aktivare liv och mindre sömn

Folkhälsoinstitutet intervjuade ungdomar i tre omgångar under 1990-talet där de själva fick skatta sina besvär. I den senaste undersökningen hade både ångslighet, svår ångest, ständig trötthet och sömnproblem ökat – allra mest det sistnämnda som fördubblats.

Om nu depressionerna ökar i befolkningen – vad beror det på? Debutåldern för den första depressiva episoden har gått ner i åldrarna, vilket i sig innebär att antalet deprimerade unga ökar. Anne-Liis von Knorring tror att det kan hänga ihop med att pubertetsåldern har sjunkit. Första mensen kom vid femton år på femtioalet, i dag börjar den vid elva–tolv år.

Men förutom detta konstaterar Anne-Liis von Knorring att det inte finns några bra studier om varför depressionerna ökar. Man kan bara spekulera. Hon är övertygad om att det måste ha med vår samhällsstruktur att göra. Till exempel att livet går så fort i dag, informationen flödar och man ska hinna med så mycket. Barn och ungdomar sover mindre än förr: dagens sex–sjuåringar sover en halvtimme mindre i snitt jämfört med 1970-talets barn.

– Det betyder att vissa barn sover ett par timmar mindre.

Min syster som är mellanstadielärare har i många år pratat om att barnen är så trötta på morgonen, de lägger sig sent och orkar inte hela skoldagen. Det kanske är så enkelt som att det är sömnbrist.

Att vaka långa perioder kan utlösa en depression hos den som har en känslighet. Barn och unga har också fler aktiviteter än förr. De tittar på TV, är ute på nätet, chattar och ska dessutom hinna med läxor och annat skolarbete.

– Läxor fanns förr också, men då slutade radion redan klockan nio. Det kommer jag ihåg från min barndom på femtiotalet. Efter det släcktes ljuset och man gick och la sig.

Anne-Liis von Knorring tror att vi måste ändra livsstil för att få bukt med depressionerna. Sömmen är en väg, bara genom att sova mer dämpar man takten. Hon pekar också på att vi sitter mer stilla i dag. Ungar är inte ute och leker lika mycket som förr. Det tror hon kan vara ett skäl till ökande depressioner - också för att vi inte får tillräckligt med dagsljus. Därför brukar hon ordinera fysisk aktivitet till sina patienter.

– Bara det att man flyger över hela jordklotet! Att resa till Kina tar 10 timmar, förr tog det veckor. Vi är inte gjorda för detta, vi är gjorda för att gå.

Harmonisk hemmiljö viktig

Hemmiljön och relationen till föräldrarna spelar stor roll. Bland dem som hade depressioner var det ofta bråk hemma, antingen mellan barn och föräldrar eller mellan föräldrarna. Däremot hade inte fler skilsmässobarn depressioner. Det talar för att om föräldrarna klarar av skilsmässan skapligt går det ganska bra i längden. Men om umgänget inte funge-

rar mår barnen dåligt.

– Ofta är det pappan som har en ny familj och inte har tid att träffa sitt första barn. Då känner de deprimerade barnen sig väldigt bortstötta.

Vissa utvecklingsstadier och livsförändringar är särskilt kritiska vad gäller risk för att utveckla depression. Nioårsåldern vet man numera är en sådan period. Då blir barn medvetna om att man kan bli sjuk, att sjukdom kan innebära att man dör och att man då är borta för evigt. Nästa känsliga ålder är tonåren, då ungdomar börjar bli medvetna om att de måste lära sig att klara sig själv, samtidigt som de har krav på sig att prestera i skolan, att vara duktiga i idrott och att skaffa tjej eller kille.

Invandrarbarn kan ha särskilda problem som påverkar deras psykiska hälsa. De som kommer från ett krigshärjat land bär på trauman och rädslor. Asylsökande lever med oro och osäkerhet om framtiden. De som är födda i Sverige växer upp i en annan kultur än föräldrarna med risk för konflikter kring hur man ska bete sig.

Livsförändringar som att börja skolan, är kritiska för vissa barn. Anne-Liis berättar om en liten kille som var så orolig för att han skulle börja skolan. Till slut kröp orsaken fram: ”man måste ju göra läxor, men jag vet inte hur man gör”. Till riskgruppen hör ängsliga barn som har svårt att släppa föräldrarna. Bland ungdomar med depression hade mer än hälften haft ett ångestsyndrom, till exempel separationsångest, under barnaåren.

Förr var det stor risk för depressioner bland barn som tvingades ligga på sjukhus ensamma, och som placerades på barnhem. I Sverige är det numera ovanligt med spädbarns-

depressioner, men det förekommer i områden med många barnhem som Östeuropa och Kina.

Förlängd barndom

Barndomen har förskjutits enormt mycket under en relativt kort tidsperiod. För hundra år sedan var man vuxen och skulle ut i arbete efter konfirmationen. När tonårsmodet kom från USA med kläder och musik, efter andra världskriget, försköts ungdomstiden fram till 18–19 år. När Anne-Liis von Knorring var ung fick hon lov att vänta till myndighetsdagen vid 21 för att få gifta sig. I dag bor ungdomar hemma tills de gått ut gymnasiet, många ännu längre. Vid 30 får många ångest för då måste man vara vuxen.

– Det är så intressant med de här ungdomarna som fyller 30. Jag hade fått tre barn när jag var 26 och när jag var 30 upplevde jag mig som medelålders. I dag säger de ”jag måste stadga mig när jag fyller 30”. Samtidigt har de den fysiska mognaden att bli vuxna tidigare än vad både vi och generationerna före oss hade. Det sociala och det biologiska är inte i fas och det psykologiska hänger nånstans mitt emellan. Jag undrar vad det betyder.

Våga be om hjälp

Genomgående bland de 16–17-åringar som var deprimerade i von Knorring/Olssons undersökning var att de flesta tackade nej till erbjudande om hjälp. De sa ”jag vill inte besvära”, ”det vill jag klara av själv” eller ”jag vill inte oro mina föräldrar”.

– Vi behöver lära oss att motivera och få dem att acceptera hjälp. Det handlar också om att öka medvetenheten hos

omgivningen så att till exempel föräldrar förstår att deras barn är deprimerade och att det inte beror på lathet.

Därför poängterar hon att det är viktigt att allmänkunskapen ökar och där spelar både massmedia och skolan en viktig roll. I Danderyd har alla elever en hälsoutbildning på gymnasiet om bland annat depressioner och var man kan söka hjälp. Om unga lär sig känna igen symtom hos sig själva kan de söka hjälp tidigare och förkorta sjukdomsperioderna. Det kan också hjälpa tonåringar med deprimerade föräldrar att förstå varför föräldern är så upptagen av sig själv.

Risken är stor att den som en gång haft en depression drabbas igen. I en undersökning bland amerikanska high-school-studenter fick hälften en ny depression inom fem år, vilket innebär att ungefär två av de fem åren går bort i sjukdom. Det verkar också som om nästkommande perioder kommer tätare.

– Man skulle tjäna mycket på att hitta dessa ungdomar i tid och behandla dem effektivt.

Det finns behandlingar som fungerar, både psykoterapier och mediciner. Kognitiv terapi om 10–15 samtal är verksam enligt undersökningar, liksom interpersonell terapi som fokuserar på relationerna med omgivningen och hur man kan lösa sina problem.

– De nya antidepressiva SSRI-medlen fungerar för ungdomar. Det gjorde däremot inte de gamla antidepressiva medicinerna. Jag ser det inte som ett problem att förskrivningen ökar, det är snarare så att vi hittat dem som behöver behandling.

Anne-Liis von Knorring betonar att ungdomar måste vara motiverade för behandling annars fungerar den inte. De

måste få välja vad de vill ha och därför krävs ett varierat utbud. Undersökningar visar att det allra viktigaste är ett gott omhändertagande och täta kontakter, det behöver inte vara en speciell sorts terapi. Hennes erfarenhet är att ungdomar gillar att prata om sina besvär och skatta hur svåra symtomen är. Det upplevs som intressant och ger självkänedom.

Satsa på skolsköterskan

Vi har inte tillräckligt med resurser för att ta hand om alla unga som skulle behöva hjälp anser Anne-Liis von Knorring. Skolhälsovården har monterats ner sedan början av nittiotalet, särskilt i gymnasiet. Men ett första steg måste bli att satsa på skolsköterskan.

– Skolsköterskan är jätteviktig. Dit går ungdomarna om de är trötta eller har ont i huvudet och behöver vila. Där finns ett rum och en möjlighet till kontakt. De här ungdomarna kanske inte vill ha regelbundna samtal, utan mer informella möten. Men skolsköterskorna behöver back-up och utbildning. De är duktiga, men överlupna av arbete och börjar bli utbrända.

Man kan också göra som i Uppsala där det finns en psykiatriskt inriktad mottagning för unga upp till 25 år ute på stan i anslutning till ungdomsmottagningen. Den drivs av barnpsyk och vuxenpsyk ihop, dessutom bekostas två psykologtjänster av skolan. Anne-Liis von Knorring tycker också att allmänläkare borde kunna mer om ungas depressioner eftersom det är ett folkhälsoproblem.

Socialstyrelsen arbetar just nu med att skapa ett rapport-system för barns och ungdomars psykiska hälsa med återkommande undersökningar. Det är nödvändigt och bra anser

Anne-Liis von Knorring.

Vi vet en massa om barns hälsa och har statistik på allt möjligt till exempel olyckor. Men den psykiska ohälsan som är det stora problemet bland unga i dag – den vet vi inte så mycket om.

Anne-Liis von Knorring är professor vid institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Uppsala universitet.

Lästips!

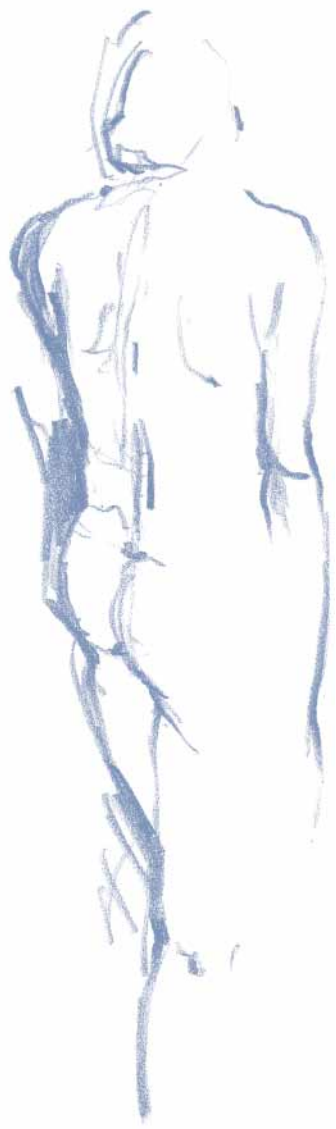
von Knorring A-L. Psykiska störningar hos barn och ungdomar.

Vad kan man se i primärvården? Astra Läkemedel 1998.

ISBN 91-86327-15-1.

Olsson IG, von Knorring A-L. Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1999: 97:1–8.

Olsson G. Adolescent depression. Epidemiology, nosology, life stress and social network. Acta Universitatis Upsaliensis. Comprehensive summaries of dissertations from the faculty of medicine. 1998: no. 770.



SANDRA

”Psykologen lärde mig att förstå och att hantera problem på ett annat sätt”

Intervju av Helena Östlund

Sandra gick ut gymnasiet förra våren och arbetar halvtid på en restaurang. Ett roligt jobb som passar henne bra. Men när hon tänker tillbaka på skoltiden är det inte med någon glädje. Nästan alla kompisar mår dåligt under någon period och själv hade hon flera depressioner.

Dagens skola är en hård och utsatt värld – dåligt anpassad efter känsliga tonåringars slit med att frigöra sig och skapa ett eget liv. För Sandra började problemen när hon flyttade till en stor, stökig högstadieskola. Hon kände bara två av eleverna sedan förut och hamnade bland plugghästarna i ”fåniga gänget”.

– Jag var aldrig mobbad men kände mig utanför. Man pratade bakom ryggen på varandra. Det var ingen fysisk, men en psykisk misshandel. Ett gäng killar kunde sitta och prata skit om en, fast man satt mitt emot. Tjejerna var också riktigt elaka.

Var ofta trött

Hon kände sig djupt nere, var konstant trött, närmast dåsig och gick omkring som i ett töcken. Hon gick några gånger till en psykolog, men tyckte inte att de fick någon vidare kontakt. Då visste hon inte att man kunde be att få byta terapeut.

– Hon satt bara tyst och tittade på mig för att jag skulle börja prata. Jag ville inte ha det så då hade jag lika gärna kunnat gå till en kompis. Jag vill ha råd och hjälp, säger Sandra.

Det som hjälpte henne ur depressionen den gången var att hon gick till en zonterapeut och fick zonterapi och helkroppsmassage. Efter fyra behandlingar kändes det mycket bättre. Dessutom höll hon på med mental träning, upprepade för sig själv ”jag duger, det är inget fel på mig”. Det visade sig att många av Sandra kompisar också hade haft mer eller mindre allvarliga depressioner. När hon berättade i klassen att hon mått dåligt, började de andra också berätta.

– Jag blev chockad när jag fick veta det, jag trodde att det bara var jag. Det syns inte, man går runt med en mask och försöker att inte visa något.

Ätstörningar

Sandra fick också ätstörningar under samma period. Självförtroendet sjönk och hon fick för sig att det måste vara på grund av utseendet som hon blev retad trots att ingen sa något om det. Hon som alltid varit ett matvrak åt bara hälften så stora portioner och slutade helt med fett. Det gjorde att magsäcken krympte och aptiten minskade än mer. Ätstör-

ningarna fortsatte hela högstadiet, men sommaren innan gymnasiet var det som om hon växte ifrån dem.

– Jag orkade inte hålla på, jag tänkte ”nej, nu börjar jag äta”.

Samtal med psykolog

I tvåan på gymnasiet kom depressionen smygande igen.

Sandra kände sig ofta ledsen och inget var riktigt roligt längre. Gråten kunde plötsligt vara på väg mitt under en lektion.

– Det mesta kändes meningslöst. Jag har aldrig någonsin tänkt att ta livet av mig, men ibland kom flyktiga tankar på om det var värt att leva så här.

Det var svårt att komma upp på mornarna, men skolarbetet gick ändå hyfsat. Kanske tack vare att Sandra berättade om hur hon mådde för några lärare hon kände förtroende för. Hon har också pratat mycket med kompisar. Men vissa saker kändes det bättre att samtala med en utomstående om så hon prövade en ny psykolog.

– Det var jättebra redan första gången. Jag kände mig så lätt och rak i ryggen när jag gick därifrån.

Hon lärde sig att hantera problem och tänka på ett annat sätt. Det hjälpte henne att hantera den jobbiga relationen till farmodern som hade svårt att acceptera att Sandra inte längre var en liten flicka. De brukade ha tät kontakt, men nu blev det svårare att ringa vilket gav henne dåligt samvete.

– Psykologen fick mig att förstå att de flesta 18-åringar inte har så nära kontakt med sina farmödrar. Det är normalt att andra människor kommer in i ens liv och att familjen får mindre betydelse.

Hittat knep för att må bättre

Sandra fick också magkatarr i gymnasiet och det gav inte med sig förrän hon ändrade matvanor och bland annat slutade med socker och mjölk. Tidigare kunde hon dricka två liter Coca Cola om dagen – på bara en kvart. Många har kommenterat att hon ser piggare ut och hon känner sig mycket gladare.

– Man får inte glömma att fysiska saker också kan göra att man mår sämre.

Sandra har flera knep för att få upp humöret när det är i botten. Till exempel att gå på bio och fly in i en annan värld, begrava sig i en bok eller avreagera sig genom att dansa. En annan höjdare var att ta en restresa till Kanarieöarna med en kompis på sportlovet.

– Vi var båda deppiga och hade dåligt självförtroende, men när vi kom hem kände vi oss starka och mådde jättebra. Man får ett annat perspektiv på saker och ting utomlands.

Sandra tycker att livet är tufft för unga människor i dag. De behandlas inte alltid med respekt. Ett exempel är när hon som femtonåring sommarjobbade på ett café och redan första dagen fick arbeta åtta timmar i sträck utan rast. En annan dag blev hon utskälld – inte bara en, utan två gånger av samme chef – för att hon tagit en halvtimmes lunch.

– Det kändes hårt, det kommer jag aldrig att glömma.

Ingen tid för kreativitet i skolan

Sandra tror att en viktig anledning till att så många unga mår dåligt är att skolan fungerar på helt fel sätt. Den är alltför teoretisk och har för liten plats för kreativitet. För lite av ämnen där hela kroppen och båda hjärnhalvorna behövs. Den enda rörelsen är att föra pennan – och den kan bli så

intensiv att man får skrivkramp.

– Det finns ingen tid över för att fantisera och använda sin kreativitet. Då får man höra att man dagdrömmer och att man måste koncentrera sig. Ibland säger lärarna att man ska arbeta kreativt med en uppgift, men det finns alltid en massa givna ramar.

Tempot är hårt och det är en ständig jakt efter bra betyg. Det går aldrig att slå av på takten, eftersom varje kursbetyg räknas som slutbetyg. Förr kunde man ta igen det längre fram om man inte orkade plugga så hårt hela tiden, men det går inte längre. Man kan visserligen tenta om efter skoltiden, men det kostar 500 kronor per kurs. Diskriminerande mot elever som inte har råd tycker Sandra!

Det gymnasium där Sandra gick var individuellt inriktad, ett universitet i miniatyr där man fick välja bland många olika kurser och alla hade individuella scheman. Hon hade visserligen en hemmaklass, men den träffades ganska sällan. Det blev alldeles för mycket eget ansvar och ett för stort steg från klassrumsundervisningen i högstadiet anser Sandra. Hon tycker inte heller att betygssystemet fungerar särskilt bra, det borde vara fler betygssteg.

– Skillnaden mellan väl godkänt och mycket väl godkänt är gigantisk, man får slita som ett djur. Jag tror ändå inte att någon tittar på betygen som helhet när man söker jobb. Om jag vill bli arkeolog är det nog viktigast att vara bra i historia.

Även om det är skönt att lämna skolvärlden bakom sig är det något av en chock för många att ge sig ut i livet. Sandra tror att många depressioner uppstår då.

– Vi har gått som boskap i fållor i tolv år. Plötsligt är tryggheten borta. Du är ensam och har bara dig själv. Många vet

inte vad de vill bli och tror att det är bråttom att bestämma sig. Det finns så mycket att välja mellan och pressen blir stor.

Lärt sig mycket om sig själv

Sandra tycker att de svåra perioderna under tonåren trots allt har stärkt henne och lärt henne mycket om sig själv. Förr var hon tyst när någon sa något elakt, nu blir hon arg och säger ifrån i stället och det känns mycket bättre. Hon har också lärt sig att inte ställa så höga krav på sig själv – det är inte hela världen om man gör fel någon gång.

– Det är ett typiskt tonårsproblem att tro att allt kretsar kring mig, att alla bryr sig om att jag gör ett misstag. Men så är det ju inte.

Sandra har ofta känt sig äldre än sina jämnåriga. Hon tycker inte att hon passar in i vår tid, utan skulle ha velat leva på 1920-talet. Hon läser mycket och är intresserad av historia – Egypten är en stor passion. När Sandra var elva år åkte hela familjen till Kreta och besökte Knossos och museet i Heraklion där de utgrävda skatterna finns. Det kändes som om hon hade gått där i ett tidigare liv och hon fascinerades av alla vackra saker. Sedan dess har hon velat bli arkeolog.

Hon började läsa på universitetet i höstas men slutade snart. Efter tre år av hårt arbete i gymnasiet var det nödvändigt med en paus.

– Det är så skönt att bara få tänka på mig själv. Att jobba fyra timmar och sedan gå på stan, att sitta och sy eller titta på TV i stället för att läsa läxor. Att ha tid att fundera på vad jag ska göra sen.

Sandra heter egentligen något annat.

FINN DIDERICHSEN

Psykisk ohälsa – ett folkhälsoproblem på mera än ett sätt

Av professor Finn Diderichsen

När vi säger att psykisk ohälsa är ett folkhälsoproblem menar vi inte enbart att problemet är omfattande utan också att det inte bara kan uppfattas som ett individuellt problem. Folkhälsa är mer än summan av individers hälsa. Det handlar också om hälsans fördelning i tid och rum – om att förstå epidemier och sociala mönster.

Lars-Charister Hydén påpekar i sin artikel att olika tids-epoker speglar människors psykiska lidande på olika sätt. Och Ingvar Lundberg visar att psykiska symtom samtidigt speglar människors förändrade villkor i det moderna arbetslivet.

Men vad säger oss människors symtom om vår tid? Den amerikanske antropologen och psykiatern Arthur Kleinmann har bättre än många andra illustrerat hur fysiologiska och psykologiska reaktioner är beroende av det sociala sammanhang och position individen lever i. Ett exempel är den indis-

ka delstaten Kerala. Det är den minst fattiga av alla delstater och har den lägsta dödligheten men samtidigt har Kerala den högsta självrapporterade ohälsan. Sverige är på samma sätt ett land med en av världens lägsta dödlighet men samtidigt en, jämfört med andra länder, mycket hög sjukfrånvaro och hög förekomst av värk och psykiska symtom. Förekomst av smärta och ångest kan – som redan Wittgenstein konstaterade – endast avgöras av den som upplever det. Men social erfarenhet, språk, normer, omgivningens hälsa och tillgången till kunskap och sjukvård färgar denna upplevelse.

Skillnad mellan Sverige och Danmark

Vi kan nu i Sverige konstatera att andelen yngre som besväras av ångest, nervositet eller sömnbesvär har fördubblats på 10 år. Samtidigt pekar Hans Ågren i sin artikel på att det är tveksamt om mera väldefinierade psykiska sjukdomar som till exempel depression verkligen har ökat. Frågan är då om den förändrade symtombilden i första hand säger något om hur vi översätter psykologiska och fysiologiska reaktioner i ord eller om det säger mera om bakomliggande orsaker till dessa reaktioner. Att vårt språkbruk eller kulturella normer kring psykiska symtom plötsligt skulle ändra sig så kraftigt är svårt att tro. Att arbetslivets krav i krisens spår har ökat – inte minst inom den offentliga sektorn – är det ingen tvekan om. Och kraven i en åldersgrupp där man förväntas klara både jobb och familj kan möjligen leda till ökade symtom men kan kanske i ännu högre grad medföra att de som har symtom och ökad psykisk sårbarhet har svårt att leva upp till de förväntade kraven. Men varför är detta så uttalat i Sverige? I Danmark där arbetsmarknaden inte skiljer sig så

mycket och livsstilen inte kan betraktas som den mest hälsosamma ser man inte alls samma utveckling. Man ser ingen minskning av det psykiska välbefinnandet i befolkningen och sjukfrånvaron är kvar på under 40 procent av den svenska.

Psykiska symtom bland alla samhällsgrupper

Om det är så att folkhälsan speglar tiden och samhällsutvecklingens kvalitet kan vi samtidigt konstatera att människor lever allt längre och de dödsorsaker som minskar mest – hjärt- och kärlsjukdomar och skador – är de som har starkast samband med problematiska sociala förhållanden. Bilden av socialt och ekonomiskt betingade kristecken i folkhälsan är således inte entydig. Dödlighetens utveckling i vår omvärld – ökningen i Östeuropa och stagnationen i Danmark och många av storstäderna i USA visar på samma sätt att den ekonomiska tillväxten och de medicinska framstegen inte utan vidare omsätts i bättre folkhälsa. Den socialepidemiologiska forskningen börjar att vinna en bättre förståelse av hur den sociala miljön och utformningen av välfärdspolitik kan vara avgörande för om vi kan omsätta vinsterna av den ekonomiska utveckling i en positiv hälsoutveckling. Men medan dessa minskande livsstilsrelaterade folkhälsoproblem allt mer koncentreras till socialt utsatta befolkningsgrupper slår ökningen av psykiska symtom mycket mera brett. Även om symtomen fortfarande är mest utbredd bland kvinnor som har inget eller okvalificerade jobb är ökningen nog så uttalad bland yngre heltidsarbetande män och kvinnor. Att knyta utvecklingen till ökande arbetskrav har legat nära till hands.

Psykiatrin har sällan studerat sina patienters förhållande i arbetet och arbetsmedicinen har sällan intresserat sig för psykiska sjukdomar. Därför är den stora studie om betydelsen av arbetsförhållanden för psykisk hälsa som Ingvar Lundberg beskriver så unik och viktig. För att förstå orsakerna till psykisk ohälsa är det viktigt att se det som ett folkhälsoproblem – som både förändras över tid och som inte drabbar tillfälligt utan i tydliga mönster.

Förlorade år

Psykisk sjukdom är också ett folkhälsoproblem på det sätt att ingen annan sjukdomsgrupp spelar så stor roll för befolkningens livskvalitet och funktionsförmåga. WHO har beräknat hur många år som går förlorade i sjukdom och död på ett sätt som tar hänsyn till både kvantitet (hur många år som går förlorat i för tidig död) och kvalitet (hur svårt sjukdomen påverkar funktionsförmåga och livskvalitet). Räknat på detta sätt förlorar 1.000 personer varje år i Västeuropa 222 år enligt WHO:s allra senaste beräkningar från år 2002. Av dessa kan 41 förlorade år tillskrivas psykisk sjukdom. Då har självmord, alkoholberoende och demens också räknats in. Svenska beräkningar har gett samma resultat. Demens är den största sjukdomen med 16 förlorade år per 1.000 och depression den näst största med drygt åtta år. Men man har använt ganska stränga kriterier för vad som betecknas som psykisk sjukdom och inte inkluderat alla som besväras av olika psykiska symtom. Räknat på detta sätt är psykisk sjukdom ett lika stort folkhälsoproblem som cancer och hjärt- och kärlsjukdomar.

Svårt lidande

Att psykisk sjukdom i så hög grad bidrar till sjukdomsbördan i vårt samhälle beror inte främst på dödsfallen. Med självmorden inräknade står de för mindre än tio procent av sjukdomsbördan. Man har inte heller använt särskilt höga tal för förekomsten. Till exempel beräknas i denna studie av WHO endast tre procent av befolkningen vid en given tidpunkt lida av depression (normalt anses det gälla fem procent i Sverige). Främsta anledningen är att människor värderar konsekvenserna för livskvaliteten och funktionsförmågan av dessa sjukdomar som så allvarliga. På en skala mellan 0 (fullt frisk) och 1 (död) placerar både läkare och lekmän depression kring 0,65. Samma gäller schizofreni och demens. Det ska jämföras med förslitna leder (artros) och epilepsi som i samma skala viktas till 0,15. Och då har man bara räknat med hur allvarligt det är för den drabbade individen och inte de anhöriga som ofta får bära en mycket tung börda om man har en psykiskt sjuk medlem i familjen. Man har inte heller tagit med de mycket allvarliga ekonomiska och sociala konsekvenser som psykisk ohälsa har för individ och samhälle.

Psykiskt lidande bör prioriteras

Just tyngden i lidandet gör det extra angeläget att behandlingen av psykiskt sjuka ges hög prioritet. Claes-Göran Westrin beskriver de stora förändringar till det bättre som har skett. Men det är inte alltid lätt för en sjukvård som är fokuserat på ett botande uppdrag att hålla upp intresset för sjukdomar med livslånga svåra psykiska handikapp som ofta inte kan botas. Sjukvårdens förnämsta uppgift blir i denna

situation att ta initiativ till och stödja kommunens och andra berördas åtgärder för att skapa en anständig tillvaro samt ett boende och kanske en sysselsättning som åtminstone ger ett minimum av självständighet och självrespekt.

Socialpsykiatrisk rehabilitering har aldrig varit särskilt högt prioriterat vare sig som verksamhet eller forskningsfält. Det har lätt fallit mellan de sociala och medicinska stolarna. Men i takt med att sjukvården inför olika vårdgarantier och produktivetsfrämjande betalningssystem, där psykiatrin ofta inte passar in, blir den politiska bevakningen av området allt viktigare samtidigt som forskningen om vilka metoder som är effektiva är central för områdets styrka och legitimitet.

Ekonomiska följder för de sjuka

Inte minst de ekonomiska konsekvenser är så mycket allvarligare för psykiskt sjuka än vad de är för andra patientgrupper. Gunnar Inghé visade bland fattiga i Stockholm på 1940-talet att psykisk sjukdom då – tio år innan det fanns någon allmän sjukförsäkring – var en av de främsta orsaker till fattigdom. 80 procent av de fattiga i Stockholm på den tiden befanns vara psykisk sjuka vid läkarundersökningen. Nu snart 60 år senare saknar vi samma typ av omfattande kliniska kartläggningar. Men en aktuell studie av patienter som varit inlagda på sjukhus i Sverige under 1990-talet visade att psykiskt sjuka hade 26 procent lägre inkomst än andra medan det för patienter med somatiska sjukdomar endast handlade om några få procents avvikelser. Ingen grupp i

samhället är så fattiga och socialt isolerade som kroniskt psykiskt handikappade. För många är personalen inom sjukvård och socialtjänst deras enda familj.

Finn Diderichsen är professor vid institutionen för folkhälsovetenskap, Köpenhamns universitet.

Definitioner

Det finns olika sätt att definiera psykisk ohälsa. Ett sätt är att utgå från psykiatriska diagnostiska instrument. Då stämmer läkaren av de symtom eller problem som patienten berättar om mot diagnostiska kriterier för ett tillstånd eller en sjukdom.

Det vanligaste diagnosinstrumentet inom psykiatri och forskning är det amerikanska DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition). Officiell statistik använder som regel WHO:s internationella system ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision).

Men psykisk ohälsa kan vara svår att fånga med sådana metoder. Människor är olika, tillstånd och symtom kan gå in i varandra med flytande gränser. När man i dagligt tal pratar om till exempel depression är det ofta i en vidare mening. Då kan depression innebära allt ifrån en relativt lätt och snabbt övergående nedstämdhet, till en djup och långvarig förändring av en människas känslomässiga grundstämning. Gränsen mellan sorg och depression är ofta flytande.

De diagnoser som är vanligast bland befolkningen beskrivs så här enligt DSM-IV (i bearbetad form).

Egentlig depression (en svårare form av depression)

En egentlig depression har den som under minst två veckor är nedstämd eller känner brist på intresse och glädje. Dessutom ska fyra av följande symtom stämma: gått mycket upp eller ner i vikt, sover för mycket eller för lite, känner sig kroppsligt hämmad eller uppskruvad, känner sig trött och utan energi, känner sig värdelös, har skuld känslor, har svårt att tänka och koncentrera sig eller tänker mycket på döden.

Bipolär sjukdom (förr kallad manodepressiv sjukdom)

Den som haft minst en depressiv och en manisk eller hypoman period lider av bipolär sjukdom. Mani innebär att man under minst en vecka haft en mycket förhöjd sinnestämning, känt sig mycket irriterad eller uppträtt vidlyftigt. Hypomani innebär samma symtom, men ingen nedsatt funktionsförmåga.

Dessutom ska minst tre av följande kriterier stämma: ökad självkänsla eller storhetsidéer, mindre sömnbehov, extra pratsam, tankeflykt, lätt distraherad, ökad aktivitet eller överdrivet engagemang.

Ångestsyndrom

Här finns en rad undergrupper, bland andra:

Panikångest: en snabbt insättande attack med intensiv rädsla eller obehagskänsla och dessutom kroppsliga symtom som till exempel kvävningsskänsla, svettning, frossa eller hjärtklappning.

Agorafobi: stark rädsla för att få en panikattack till exempel bland andra människor i en kö eller på bussen, vilket gör att man undviker sådana situationer.

Specifik fobi: rädsla för något specifikt som höjder, spindlar, blod, sprutor, att flyga.

Social fobi: rädsla för att uppträda bland andra människor, göra bort sig eller bli förnedrad.

Tvångssyndrom: att tvångsmässigt tänka på eller upprepa vissa handlingar som att tvätta sig överdrivet, ordna saker i viss ordning eller rabbla vissa ord.

Posttraumatisk stressyndrom (PTSD): att ha varit med om en traumatisk händelse som inneburit ett allvarligt hot mot eget liv, och att händelsen återupprepas i mardrömmar, påträngande minnesbilder och tankar.

(Källa: DSM-IV)

Neuros är ett samlingsnamn på sjukdomar med psykiska symtom. Neuroser är avgränsade från psykosor, och neuroser definieras som psykiska störningar utan organisk orsak och till skillnad från psykosor med bibehållen verklighetskontakt och insikt.

Psykos är ett samlingsnamn för sådana psykiska störningar där uppfattningar och värderingar av verkligheten är förändrade. Som psykotiska symtom räknas förvirring, hallucinationer, tankestörningar och vanföreställningar.

Borderline (eng. 'gränslinje', 'gränsfall') inom psykiatrin använd benämning på en störning av personligheten. Den drabbade fungerar inte fullt så "normalt" som vid en neuros (t.ex. ångestneuros) men inte heller så starkt avvikande som vid en psykos (t.ex. schizofreni).

Depression nedstämdhet, sänkt grundstämning. Depression betecknar dels ett symtom, dels ett syndrom där symtomet depression ingår tillsammans med andra symtom. Ibland avses även psykiska störningar som domineras av sänkt grundstämning. Depression kan uppvisa alla grader från lätt och snabbt övergående dysterhet till djupt och ihållande tungsinne. Vid djup depression sjunker självförtroendet till känslor av otillräcklighet och ovärdighet.

(Källa: Nationalencyklopedin)

Psykisk ohälsa har blivit ett stort folkhälsoproblem. Allt fler människor lider av psykiska besvär som ängslan, oro och ångest eller utvecklar depressioner. Dessa besvär har ökat i alla åldersgrupper upp till pensionsåldern under 1990-talet. Många långtids-sjukskrivna får psykiska diagnoser vilka sätts i samband med att otrivseln på arbetet har ökat.

I skuggan av sig själv, psykisk ohälsa i förändring vill ge en populärvetenskaplig översiktlig bild av delar av den kunskap som finns inom forskningen i dag om psykisk ohälsa vad gäller att förstå, förebygga och åtgärda.

Utöver intervjuer med aktuella forskare som berättar om depressioner och andra psykiska besvär innehåller boken också ett par individuella berättelser om hur det är att drabbas av psykisk ohälsa. En annan fråga som tas upp är hur vi har det på våra arbetsplatser. Vad är en god arbetsplats? Även tillbaka-blickar på hur man såg på psykisk ohälsa förr ges.

Boken riktar sig till alla som intresserar sig för forskningens syn på dagens villkor i arbetslivet och människors hälsa och ohälsa. Boken vänder sig speciellt till arbetsgivare och arbetsledare inom näringsliv, offentlig förvaltning och fackliga organisationer samt till verksamma inom hälso- och sjukvårdssektorn.

