

2

Geðsjúkdómar

2.1

Tíðni geðraskana

Geðraskanir eru meðal algengustu sjúkdóma sem hrjá þjóðina, einkum ungt fólk og aldraða. Þeir valda sennilega meira vinnutapi og kostnaði fyrir samfélagið en flestir aðrir sjúkdómaflokkar, sem m. a. má sjá af því að meira en fjórðungur allra sem fá fullan örkorkulífeyri fá hann vegna geðraskana. Þetta eru oft langvinnir sjúkdómar eða sjúkdómar sem ganga í lotum þar sem skiptast á veikindatímabil og tímabil þar sem fólk nýtur sæmilega góðrar heilsu. Með góðri geðheilbrigðisþjónustu er hægt að stytta eða koma í veg fyrir sum veikindatímabilin.

Geðraskanir eru meðal algengustu sjúkdóma

Hér á landi hefur verið unnið að faraldsfræðilegum rannsóknum á geðsjúkdómum. Þær eru nauðsynlegar til að gera sér grein fyrir umfangi vandans og breytingum á honum, hver sé þjónustuþörfin, notkun þjónustunnar og hvernig hugsanlega sé hægt að koma í veg fyrir sjúkdómuna, stytta veikindatímabilin og draga úr afleiðingum þeirra. Mikið er þó enn óunnið á þessum vettvangi. Það sem hér fer á eftir er byggt á niðurstöðum þessara rannsókna og öðrum tiltækum gögnum.

Breytingar hafa orðið á geðheilbrigðisþjónustunni

Sú meginbreyting hefur orðið á geðheilbrigðisþjónustunni á seinni hluta þessarar aldar, að rúmum á geðdeildum hefur stórfækkað, en tekin upp dag- og göngudeildarþjónusta, sem hefur farið sívaxandi. Jafnframt hefur verið reynt að útvega langveikum sjúklingum sem geta dvalið utan sjúkrahúsa einhvers konar verndaðar aðstæður, að hluta til á vegum sjúkrahúsanna, sbr. töflu 1 (1). Þannig hefur algengi geðdeildardvala minnkað úr 1,87 á 1000 íbúa árið 1953 niður í 0,54 á árinu 1996. Með þessu hefur tekist að auka þjónustuna og draga úr kostnaði, svo að hlutfallslegur kostnaður geðdeildanna hefur lækkað verulega miðað við sjúkrahúskostnað í heild. Geðdeild Landspítalans (Kleppsspítalinn) var brautryðjandi í dag- og göngudeildarþjónustu, sem hófst 1963 og hefur stóraukist síðan. Þrátt fyrir fækkun rúma hefur fjöldi innlagna á geðdeildir sjúkrahúsanna nærri tífaldast frá því sem var 1962. Einnig hefur geðlæknum, sem starfa sjálfstætt, fjölgað mikið. Í göngudeildum geðdeildar Landspítalans voru skráðar 28.788 sjúklingakomur á árinu 1996 (2) og í göngudeild geðdeildar Sjúkrahúss Reykjavíkur voru skráð 4.414 viðtöl (3). Tryggingastofnun ríkisins greiddi fyrir 25.570 viðtöl hjá geðlæknum á eigin lækningastofum á því ári (4).

Hlutfallslegur kostnaður geðdeildanna hefur lækkað

Tafla 1

**Áætlað algengi geðsjúklinga á sjúkrahúsum, dagdeildum
og öðrum heilbrigðisstofnunum miðað við
1000 íbúa 1953, 1981, 1989 og 1996**

	1953	1981	1989	1996
Geðdeildir	1,87	0,69	0,60	0,54
Aðrar geðvistir	0,12	1,11*	1,23*	1,37*
Önnur sjúkrahús	1,20	1,03	1,-	1,-
Geðdeildir fyrir vímusjúklinga	-	0,16	0,12	0,05
Aðrar geðvistir fyrir vímusjúklinga	-	0,17	0,12	0,28@
Aðrar vistir fyrir vímusjúklinga	-	0,82	0,84	0,83
Alls	3,19	3,98	3,91	4,07

* Útíbú geðdeildar Landspítala + Arnarholt + 22 rúm að Reykjalundi + 58 sjúklingar að Ási í Hveragerði + dagsjúklingar (samaltals 190 í árslok 1996).

@ Þar af 37 dagsjúklingar

2.1.1 Algengi geðraskana

Fyrir nokkrum árum var gerð skimleit að geðröskunum meðal fólks á aldrinum 20-59 ára. rannsóknin byggði á lagskiptu slembiúrtaki fólks úr öllum kaupstöðum og sýslum landsins. Samkvæmt niðurstöðum hennar reyndist algengi geðtruflana, þar með talin misnotkun áfengis og annarra vímuefna, vera um 20%. Þar til viðbótar má gera ráð fyrir að 0,6% dvelji á sjúkrahúsum eða hjúkrunarheimilum vegna geðtruflana og um 1% séu öryrkjar utan stofnana þannig að heildaralgengið var um 22% (5). Þetta er mjög svipuð niðurstaða og fékkst við rannsókn á öllum Íslendingum, sem fæddir voru á árunum 1895-1897. Þegar þeir voru að meðaltali 61 árs gamlir var algengi geðtruflana í þessum þremur árgöngum tæplega 25% (6). Þegar þessi hópur var rannsakaður aftur um 75 ára aldur, hafði algengið hækkað upp í rúm 30% (7) og við 87 ára aldur var það orðið rúmlega 40% (7). Ástæður þessarar miklu aukningar á algengi geðtruflana með hækkandi aldri eftir sextugt er vaxandi tíðni geðtruflana samfara hrörnunarbreytingum í heila með hækkandi aldri. Algengi annarra geðraskana fer frekar lækkandi með hækkandi aldri, nema lyndisraskana, sem hækkar nokkuð fram til 75 ára aldurs, en helst nokkuð svipað úr því.

Algengi geðtruflana hækkar með vaxandi aldri
--

Tafla 2
Algengi geðraskana á ýmsum aldri

(Heimildir)	(8)	(5)	(5)	(9)	(7)	(7)
Aldur	5-15	20-29	30-49	55	75	87
Sjúkdómsgreining						
Vímuefnaraskanir		3,9	3,3	7,3	1,7	0,4
Lyndisraskanir				4,8	7,4	7,6
Kvíðaraskanir		}21	}15			
Aðrar geðraskanir				13,3	-	-
					}10,9	}3,2
Vefrænar geðraskanir					11,3	29,3
Einhver geðröskun	19	26,5	19,9	20,6*	31,3	40,5

* Heildaralgengið er minna en summa algengis einstakra raskana af því að sumir hafa fleiri en eina greiningu

Algengi geðraskana er rúm 22 % hjá þeim, sem eru eldri en fimm ára. Samkvæmt því má gera ráð fyrir að um 50 þúsund Íslendingar 5 ára og eldri þjáist af einhverri geðtruflun á hverjum tíma, þar af tæplega 5 þúsund 75 ára og eldri.

Tæp sjö prósent Reykvíkinga sem náð hafa 15 ára aldri fá ávísun á geðlyf, þar með talin svefnlyf, í hverjum mánuði utan sjúkrahúsa (10). Það svarar til rúmlega 14 þúsunda landsmanna. Geðlæknar ávísa aðeins litlum hluta, í kringum 12%, þeirra sjúklinga sem nota geðlyf á hverjum tíma utan sjúkrahúsa.

Tæp 7% Reykvíkinga 15 ára og eldri fá ávísun á geðlyf í hverjum mánuði

Heimilislæknar ávísa langmestu af þeim geðlyfjum sem notuð eru (11), en lyfjaávísun er aðalráð þeirra við geðtruflunum (12). Notkun geðlyfja á árinu 1996 svarar til þess að um 8.500 manns hafi fengið sefandi eða róandi lyf allt árið og 10.500 hafi fengið geðdeyfðarlyf (13). Þessi lyf eru þó að heita má eingöngu gefin fullorðnum og yfirleitt ekki meira en sex mánuði í senn, svo að ætla má að um 20.000 manns hafi fengið sefandi eða róandi lyf og nær 25.000 geðdeyfðarlyf. Þessar tölur má þó ekki leggja saman því að sumir fá bæði róandi lyf og geðdeyfðarlyf. Ef gert er ráð fyrir að meðalkomufjöldi til geðlækna utan spítala sé svipaður og á göngudeild geðdeildar Landspítalans, má ætla að sjúklingafjöldinn sem kemur til þeirra eða í göngudeildir sjúkrahúsanna sé 8-9 þúsund á ári. Um 2 þúsund sjúklingar komu á geðdeildirnar annað hvort í sólarhrings- eða dagmeðferð á árinu 1996 og 1.651 sjúklingar leituðu meðferðar á sjúkrahúsinu Vogu vegna misnotkunar áfengis og annarra vímuefna (14). Yfir 70% af sjúklingunum á Vogu hafa jafnframt aðra geðgreiningu, auk vímuefnagreiningarinnar (15). Af framansögðu er ljóst að mikið vantar á,

að allir fá viðeigandi meðferð vegna geðtruflana. Samkvæmt framansögðu má ætla að meira en helmingur þeirra, sem eru með geðraskanir á hverju ári leiti lækni, um fimmtungur leitar geðlækni og um 8 % sjúklinganna leggjast inn á geðdeild eða vímuefnastofnun.

8-9 þúsund einstaklinga leita til geðlækna utan legudeilda á hverju ári

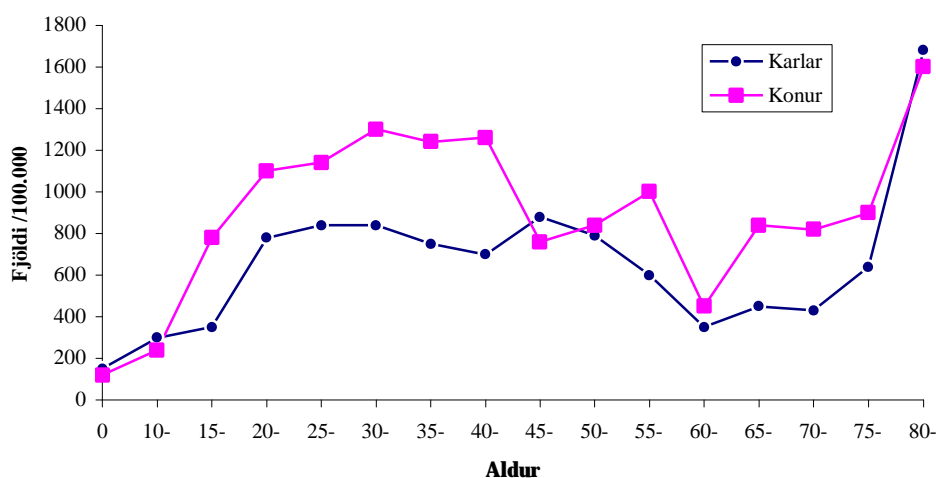
2.1.2 Nýgengi

Þegar frá eru taldar þær breytingar, sem verða á algengi geðraskana vegna vefrænna breytinga í heila með hækkandi aldri, eru geðraskanir fyrst og fremst sjúkdómar yngra fólks. Nýgengið mælt sem fyrstu komur til geðlækna nær hámarki um þrítugsaldur hjá konum og um 45 ára aldur hjá körlum, en breytist tiltölulega lítið frá tvítugu til fertugs. Það lækkar heldur frá 40-45 ára aldri og fram yfir sjötugt, er það hækkar mikið á ný, sbr. mynd 1 (16).

Geðraskanir aðrar en vefrænar eru aðallega sjúkdómar yngra fólksins

Mynd 1

Árlegt nýgengi geðraskana (miðað við 100.000 íbúa),
sjúklingar sem leita geðlækni í fyrsta sinn eftir aldri



Nýgengi geðraskana eins og það mælist með fyrstu komum til geðlækna hélt óbreytt frá 1928 til 1967 (17, 18, 16). Ekki er vitað hvort það hefur breyst síðan, en það er hugsanlegt vegna þess að nýgengi áfengismisnotkunar hefur tvö- þrefaldast frá 1967 (19). Líklegt er að nærri þrjú fjórðu misnotendanna hafi aðrar geðraskanir jafnframt, svo að heildaraukning nýgengis er heldur minni en þessu nemur, en lang mest áberandi á aldrinum 25- 44 ára. Nýgengi vefrænna geðraskana hækkar úr 1% á ári við 74 ára aldur í 4% við 85 ára aldur, en nýgengi lyndisraskana helst nokkurn veginn óbreytt á bilinu 74 - 85 ára, 0,6% á ári hjá körlum en 1,1% hjá konum (20).

2.1.3 Sjúkdómslíkur

Líkur Íslendinga til að fá einhverjar geðtruflanir hafa verið áætlaðar með því að rannsaka alla sem voru fæddir á árunum 1895-1897 og voru lifandi á Íslandi 1. desember 1910. Samkvæmt aftursýnni rannsókn á þessum hóp voru sjúkdómslíkurnar fram til 61 árs aldur 32,5% fyrir karla og 35,3% fyrir konur (6). Síðar hefur þeim, sem þá voru lifandi verið fylgt eftir og rannsakaðir þrisvar til þess að áætla sjúkdómslíkurnar fram til 75, 81 og 87 ára aldurs (7, 20). Á töflu 3 eru sýndar sjúkdómslíkurnar fyrir 14 ára unglings til að fá ýmsar tegundir geðraskana fyrir 81 árs aldur, ef hann lifir svo lengi. Á Töflu 4 eru til samanburðar við Íslendinga sýndar sjúkdómslíkur samkvæmt sænskri rannsókn (21). Líkur Íslendinga til að fá einhverja geðtruflun fyrir 88 ára aldur eru tæplega 88% hjá körlum og 84% hjá konum.

Tafla 3

Líkur 14 ára unglings á Íslandi til að fá ýmsar geðraskanir fyrir 81 árs aldur, ef hann lifir svo lengi

	Karlar	Konur	Samtals
Geðklofi	0,7	1,1	0,9
Aðrar hugvilluraskanir	0,9	1,5	1,1
Lyndisraskanir			
tvíhverfar	0,8	1	0,9
geðlægðar raskanir	11	17,1	13,8
Vímuefnaraskanir	8,6	0,8	4,7
Persónuraskanir	5,6	4,8	5,2
Aðrar geðraskanir	10,4	16,8	14,2
Vefrænar geðraskanir	28,2	24,5	26,2
Einhver geðröskun	66,2	67,6	66,9

Tafla 4

Líkur 14 ára unglings á Íslandi og í Svíþjóð til að fá einhverja geðröskun fyrir tiltekinn aldur, ef hann lifir

Ísland			Svíþjóð		
Aldur	Karlar	Konur	Aldur	Karlar	Konur
61 árs	32.5	35.3	60 ára	36.9	71.6
75 ára	48.6	51.3	70 ára	48.3	79.2
81 árs	66.2	67.6	80 ára	77.4	85.8
87 ára	87.7	83.6	80+	90.7	96.1

Líkur Íslendinga til þess að fá geðklofa á 20. öldinni hafa ekki breyst. Þær voru 0,85% fyrir þá sem fæddir voru í lok síðustu aldar, en 0,7% fyrir þá sem voru fæddir 1961 (22). Líkurnar fyrir að leggjast á spítala vegna geðklofa eru heldur minni en heildarlíkurnar, en mismunurinn hefur farið

minnkandi eftir því sem möguleikar á meðferð og sjúkrahúsvist hafa verið auknir.

Á þessari öld hafa líkur á að fá geðklofa ekki breyst

Til þess að gera sér betur grein fyrir því, hvort breyting hafi orðið á tíðni geðsjúkdóma á fyrri hluta aldarinnar, var fæðingarárgangurinn 1931 rannsakaður til samanburðar við fæðingarárgangana 1895-97. Hann var þó rannsakaður með annarri aðferð en hinir eldri. Tekið var staðlað viðtal (DIS) (23) við annan hvern mann sem var fæddur 1931 og á lífi 1987 (24). Þessi aðferð er líkleg til þess að finna frekar ýmsa vægari kvilla. Því er ekki unnt að draga þær ályktanir af töflu 5, að lífsalgengi geðsjúkdóma hafi nærri tvöfaldast. Eins og sést af töflunni, er lífsalgengi geðklofa og geðhvarfasjúkdóms, svo og ýmissa annarra geðraskana, svipað í báðum hópunum. Hins vegar er lífsalgengi kvíðaraskana og vímuefnamisnotkunar miklu herra í yngri hópnum en þeim eldri.

Tafla 5

**Lífsalgengi (%) geðraskana
í tveimur íslenskum fæðingarhópum (5, 20)**

Fæðingarár	1895-7	1931
Aldur við rannsókn	60-62	56
Geðklofi	0.7	0.3
Lyndisraskanir	7.8	8.7
Vefrænar geðraskanir	1.6	4.2
Kvíðaraskanir	10.2	22.6
Vímuefnaraskanir	3.9	16.7
Aðrar geðraskanir	6.7	5.3
Allar geðraskanir	30.9	57.9

Eins og sést af töflunni hefur lífsalgengi vímuefnaraskana fjórfaldast. Að nokkru leyti tengist þetta mismunandi rannsóknaraðferðum. Úr öðrum rannsóknum er vitað að líkurnar til að verða áfengis- eða annarri vímuefnamisnotkun að bráð hafa rúmlega tvöfaldast hjá körlum aukist úr 9,9% (6) hjá körlum í 22 - 23% (25, 14) og tífoldast hjá konum úr 1% (6) í 9,6% (14). Hugsanlegt er að kvíðaraskanir hafi aukist en aftur getur munur á rannsóknaraðferðum skipt einhverju máli.

Aukning hefur orðið á vímuefna- og kvíðaröskunum

2.1.4 Niðurstöður

Geðraskanir eru mjög algengir sjúkdómar og raunar algengari en framangreindar tölur bera með sér. Líta ber á þær sem lágmarkstölur, vegna þess að í skimleittum er líklegt að meðal þeirra sem ekki fást til að svara séu fleiri veikir og að jafnaði meira veikir. Nýgengistölurnar eru eingöngu byggðar á þeim sem hafa leitað sérhæfðrar aðstoðar, en þeir eru

ekki nema um eða innan við 20% af öllum sem veikjast. Þá byggja tölurnar um sjúkdómslíkur að mestu á upplýsingum um þá sem leitað hafa einhverrar meðferðar eða vitað er að hafa veikst. En þar eð rannsóknirnar fjalla að nokkru leyti um löngu liðna atburði má gera ráð fyrir að ýmislegt hafi gleymst eða sé eftir á skýrt sem líkamlegir sjúkdómar, þó að um geðraskanir hafi verið að ræða.

Nauðsynlegt er að skrá geðraskanir með svipuðum hætti og aðra sjúkdóma

Nauðsynlegt er að koma á skráningu geðraskana, svipað og skráningu krabbameina og hjartasjúkdóma til að rannsaka faraldsfræði þeirra betur og finna hverjir eiga á hættu að veikjast og hvað stuðlar að veikindum eða bata. Með slíkum rannsóknum er unnt að finna betri leiðir til forvarna.

2.1.5

Heimildir

1. Helgason T. Psykiatriens ansvarsområde, vårdideologi och avgränsning i Island. Í: Psykiatrin i Norden. Statens offentliga utredningar 1992; 4:95-105. Socialdepartementet, Stockholm, 1992.
2. Ríkisspítalar. Ársskýrsla 1996. Reykjavík 1997.
3. Borgarspítalinn. Ársskýrsla 1996. Reykjavík 1997.
4. Staðtölur almannatrygginga 1996. Reykjavík 1997, 3. árg.
5. Helgason T. Faraldsfræðilegar rannsóknir í geðlæknisfræði á Íslandi. Læknablaðið 1994; 80: 155-164.
6. Helgason T. Epidemiology of mental disorders in Iceland. Acta Psychiatr Scand 1964; 40:Suppl. 173.
7. Helgason T. Present trends in psychiatric research in Iceland. Psychiatrie & Psychobiologie 1987; 2: 81-89.
8. Björnsson S. Epidemiological investigation of mental disorder of children in Reykjavík, Iceland. Scand J Psychol 1974;15:244-254.
9. Stefánsson JG, Líndal E, Júlíusi K, Björnsson JK, Guðmundsdóttir Á. Period prevalence rates of specific mental disorders in an Icelandic cohort. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1994; 29:119-125.
10. Zoëga T, Björnsson JK, Helgason T. Samanburður á geðlyfjaávisunum utan sjúkrahúsa í Reykjavík í mars 1989 og í mars 1984. Læknablaðið 1992; 78:23-31.
11. Helgason T, Björnsson JK. Hverjir ávísa geðlyfjum utan sjúkrahúsa? Læknablaðið 1989; 75:349-57.
12. Sigfússon S. Hlutur geðsjúkra í heilbrigðisþjónustu annarri en geðlæknisþjónustu. Læknablaðið 1981; 67:50-64.
13. Sigfússon E, Magnússon E. Notkun lyfja á Íslandi 1990-1996. Rit heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins, Október 1997.
14. Ársskýrsla SÁÁ 1996. Samtök áhugamanna um áfengis- og vímuefnavandamálið. 1997. Reykjavík. Tómasson K. Geðgreiningar á vímuefnadeildum. Læknablaðið 1992; 78: 423-7.
15. Helgason L. Psychiatric services and mental illness in Iceland. Acta Psychiatr Scand 1977; 53:Suppl. 268.
16. Tómasson H. Investigations on heredity in Iceland (first preliminary report). Acta Psychiatr Scand 1938; 13:519-523.

17. Helgason T. Talning geð- og taugasjúklinga 15. mars 1953. Fjölrit 1954. Læknablaðið 1983; fylgirit 17:8-18.
18. Helgason T, Ólafsdóttir H, Tómasson K. Nýgengi drykkjusýki og áfengis-misnotkunar. Læknablaðið 1983; Fylgirit 17: 82-89.
19. Magnússon H. Mental health of octogenarians in Iceland. Acta Psychiatr Scand 1989; 79:Suppl. 349.
20. Hagnell O. A Prospective Study of the Incidence of Mental Disorder. Svenska Bokförlaget 1966.
21. Helgason T. Expectancy of schizophrenia in Iceland during the twentieth century. In: Changing the Course and Outcome of Mental Disorder. The World psychiatric Association 1993. Groningen.
22. Stefánsson JG, Líndal E. Greiningarviðtal fyrir geðsjúkdóma DIS-III A. Háskóli Íslands. Háskólaútgáfan og Geðdeild Landspítalans, 1990.
23. Stefánsson JG, Líndal E, Björnsson JK, Guðmundsdóttir Á. Lifetime prevalence of specific mental disorders among persons born in Iceland in 1931. Acta Psychiatr Scand 1991; 84:142-149.
24. Helgason T. Alkoholmisbrugets epidemiologi. Nordisk Medicin 1984; 99: 290-293.

Prófessor Tómas Helgason skrifaði þennan kafla (2.1-2.1.4.) og eru honum færðar bestu þakkir.

2.2 Forvarnir gegn geðsjúkdómum

Svo til allar fjölskyldur á Íslandi geta átt von á því að kynnast geðsjúkdómum af eigin raun. Vísast þar til faraldsfræðilegra rannsókna á geðsjúkdómum hér á landi sem fjallað er ítarlega um í kaflanum hér á undan.

Þótt rannsóknir á orsökum geðsjúkdóma og meðferð þeirra séu að sjálfsögðu afar mikilvægar og hafi nú þegar leitt til meiri háttar framfara í meðferð og betri lífsgæða hjá miklum fjölda einstaklinga þá er ljóst að stefna verður að fyrirbyggjandi aðgerðum í miklu meira mæli en gert hefur verið hingað til. Má þar benda á að erlendar athuganir hafa sýnt að af þeim sem veikjast af geðsjúkdómi fá aðeins 10-30 % viðunandi meðferð og að vaxandi fjöldi barna og unglunga eru í mikilli áhættu varðandi geðsjúkdóma, sem gæti verið tengt upplausn á fjölskyldulífi, vanrækslu, ofbeldi, áfengissýki foreldra o.fl. (2). Í kafla 2.5.1. er fjallað um afleiðingar ofbeldis.

Vaxandi fjöldi barna og unglunga eru í mikilli áhættu varðandi geðsjúkdóma
--

Árangursríkar fyrirbyggjandi aðgerðir í lækisfræði eiga sér meira en 100 ára sögu og má þar minna á bólusetningar og áróður um smitgát og bætt hreinlæti í baráttunni gegn smitsjúkdómum, sem skiluðu fádæma góðum árangri. Þær aðgerðir hafa síðan orðið fyrirmynd fyrirbyggjandi aðgerða gegn öðrum sjúkdómum. Fyrirbyggjandi aðgerðir af þessum toga fela í sér tengingu á orsök sjúkdóms (t.d. bakteríu eða veiru) og veikinda af þeim sjúkdómi (sýkingunni). Í tengslum við þann skilning hefur tíðkast að fyrirbyggjandi aðgerðum sé skipt í **fyrsta stigs forvarnir**, þ.e. að fækka nýjum sjúkratilfellum af viðkomandi sjúkdómi (incidence) **annars stigs forvarnir**, að lækka tíðni sjúkratilfella sem þegar eru til staðar í samfélaginu (prevalence) og **þriðja stigs forvarnir**, að draga úr heilsubresti af völdum sjúkdómsins sem þegar er til staðar.

Á seinni árum hafa rannsóknir í lækisfræði sýnt að oft er flókið samspil milli þeirra áhættuþátta sem leitt geta til sjúkdóma og heilsufars fólks í viðkomandi samfélagi. Koma þar saman líffræðilegir, sálfræðilegir og félagslegir þættir, sem eiga þátt í að framkalla sjúkdóma, bæði svokallaða líkamlegra sjúkdóma og geðsjúkdóma. Í ljósi þessarra sjónarmiða og nýrrar þekkingar hefur Gordon (1987) sett fram annað flokkunarkerfi um forvarnir sem byggist á áhættuávinningi (risk-benefit). Meta verður líkurnar á því að einstaklingur fái sjúkdóm (áhættuna) annars vegar og hins vegar kostnað, áhættu og óþægindi sem forvörnin gæti haft í för með sér. Flokkun Gordons skiptist í þrjá þætti; alhliða forvarnir (universal), valdar forvarnir (selective) og sértækar forvarnir (indicated). Allir flokkar voru ætlaðir einstaklingum sem sjálfir finna lítið eða ekkert fyrir sjúkdómseinkennum og telja sig ekki þurfa á lækisfræðilegri meðferð að halda (3).

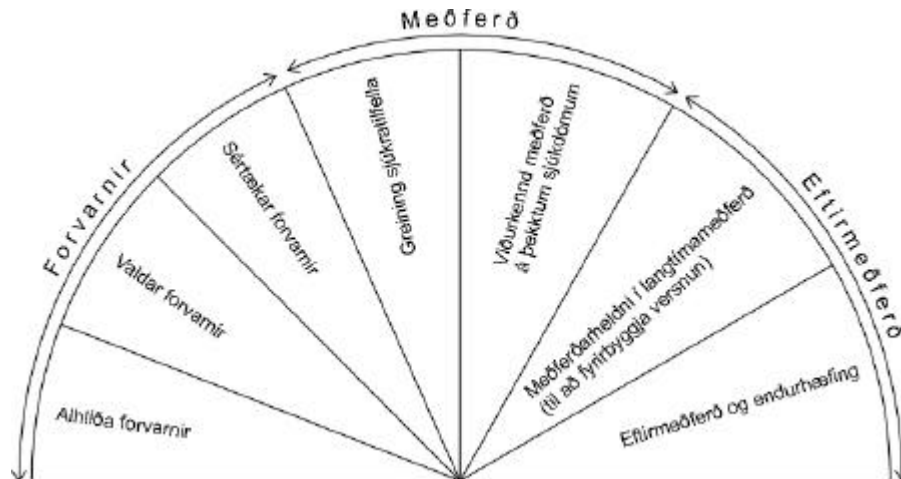
Alhliða forvarnir eru aðgerðir sem eru æskilegar fyrir alla í viðkomandi samfélagi eða alla í ákveðnum undirhópum þess (t.d. vanfærar konur, börn, eldra fólk). Oft eru þessar aðgerðir framkvæmdar án faglegrar aðstoðar. Ávinningur verður að vega meira en áhætta og kostnaður til að

réttlæta aðgerðir. Sem dæmi má taka ráðleggingar um matarræði, notkun bílbelta, forvarnir gegn reykingum, eftirlit með þunguðum konum o.s. frv. Í geðsjúkdómum mætti taka sem dæmi fræðslu til nýgiftra hjóna eða hjónaefna sem miðast að því að draga úr líkum á hjónabandserfiðleikum og/eða hjónaskilnaði síðar meir.

Völdum forvörnum er beitt ef einstaklingur er í ákveðnum hópi samfélagsþegna þar sem líkur á að veikjast (af ákveðnum sjúkdómi) eru yfir meðallagi. Hóparnir geta aðgreinst t.d. af aldri, kyni, starfstétt, fjölskyldusögu um sjúkdóma eða öðrum þáttum. Einstaklingarnar sjálfir teljast heilbrigðir samkvæmt læknisskoðun. Vegna þess að einstaklingurinn er í áhættuhópi verður ávinningur fyrirbyggjandi aðgerða að veiga þyngra en kostnaður og áhætta (2). Sem dæmi má taka bólusetningar gegn sjaldgæfum smitsjúkdómum hjá þeim sem eru á leið til hitabeltislanda eða reglulegar brjóstamyndatökum hjá konum með fjölskyldusögu um brjóstakrabbamein. Í geðsjúkdómum má taka sem dæmi sérstakar heimsóknir hjúkrunarfræðinga til mæðra sem hafa átt fyrirbura eða stuðningskerfi í leikskólum fyrir börn sem búa við erfiðar aðstæður heima.

Sértækum forvörnum er beint að einstaklingum sem eru taldir vera í áhættuhópi til þess að fá ákveðinn sjúkdóm. Oft þá notuð e-s konar skimun fyrir sjúkdóminn en einstaklingurinn er einkennalaus. Fyrirbyggjandi aðgerðir eru þá oft ekki alveg áhættulausar fyrir einstaklinginn og hafa einhver eða veruleg útgjöld í för með sér. Sem dæmi má taka reglubundnar mælingar á blóðþrýstingi og blóðþrýstingslækkandi meðferð þar sem við á, einnig stök úr leghálsi til greiningar á frumstigum krabbameins og viðeigandi aðgerð ef frumubreytingar finnast. Ekki er litið á aðgerðirnar sem lækni meðferð í eiginlegum skilningi heldur fyrirbyggjandi aðgerðir til að koma í veg fyrir hugsanlegar afleiðingar hinna mælanlegu breytinga (t.d. hjarta- og æðasjúkdóma, heilablóðfalls eða krabbameins í leghálsi) (2). Í geðsjúkdómum má nefna sérhæfða aðstoð við foreldra „erfiðra“ barna. Annað dæmi er tilraunaverkefnið Nýja barnið á heilsugæslustöðinni á Akureyri, þar sem með ákveðnum spurningalistum er leitað að mæðrum í áhættuhópi varðandi geðraskanir þegar á meðgöngutíma og sérstök fyrirbyggjandi aðstoð boðin þeim og fjölskyldum þeirra bæði á meðgöngutíma og eftir fæðingu. Fjallað er nánar um þetta í köflum 4.3.1. og 5.1.5.

Í geðsjúkdómum er notkun áðurgreindra flokkunarkerfa ekki alltaf jafn augljós og þegar um aðra sjúkdóma er að ræða. Vandinn liggur meðal annars í mælitækni, hversu óljós mörk eru milli þess hvað telst sjúkdómur og hvað ekki, í skilgreiningu áhættuþátta og skilgreiningu forstigeinkenna. Flokkun Gordons virðist þó henta betur í geðsjúkdómum og er þá hugtakið forvörn notað aðeins um aðgerðir sem eru framkvæmdar áður en sjúkdómur kemur fram (2).



Forvarnir, meðferð, eftirmeðferð og endurhæfing á geðheilbrigðisviði. (Frá „Reducing Risk for Mental Disorders (2), 1994).

Þetta skipurit af forvörnum, meðferð og eftirmeðferð dregur einnig úr þeim hugtakaruglingi sem oft heyrst að „forvarnir séu alls staðar, í allri geðmeðferð og rannsóknum á geðsjúkdómum“. Að vísu má það oft til sanns vegar færa í vinnu með einstaka sjúklinga þar sem góð meðferð á einum geðsjúkdómi (t.d. kvíðasjúkdómi) getur hindrað t.d. að sjúklingurinn fái annan geðsjúkdóm (t.d. áfengissýki) síðar eins og algengt er (comorbidity). Í öðrum tilvikum getur góð meðferð geðsjúkdóms (t.d. hjá foreldri) dregið úr líkum á geðröskun annarra fjölskyldumeðlima (t.d. barna). Í öllum rannsóknum og kerfisbundinni notkun á forvarnaraðgerðum er hins vegar mikilvægt að greina á milli meðferðar annars vegar og forvarna hins vegar. Sé þess gætt eru meiri líkur á að skilningur og þekking aukist á forvörnum í geðsjúkdómum og að hægt sé að samhæfa aðgerðir á árangursríkan hátt (2).

Aðalmarkmið forvarna í geðsjúkdómum er að draga úr tíðni nýrra sjúkratilfella. Oftast er þetta framkvæmt með því að draga úr áhættuþáttum eða með því að auka þá þætti sem teljast verndandi. Annað markmið getur síðan verið að tefja fyrir að sjúkdómur birtist. Jafnvel þótt fyrirbyggjandi aðgerðir geti ekki að fullu hindrað sjúkdóminn er einnig hugsanlegt að þær geti haft áhrif með því að stytta og milda veikindakastið. Má þar nefna þá áherslu sem Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur lagt á að draga úr heildarneyslu áfengis, bæði fyrir einstaklinga og samfélög og jafnframt tefja fyrir því að unglingar neyti áfengis í fyrsta sinn, „því minna, þeim mun betra“ (4).

Æskilegast væri að fyrirbyggja sjúkdóma til æviloka en einnig getur verið mikilvægt markmið að tefja fyrir því að geðsjúkdómur komi fram. Sem dæmi má taka þunglyndi kvenna á barneignaldri; með því að tefja fyrir að fyrsta þunglyndiskast komi fram má draga úr óæskilegum áhrifum þunglyndis móðurinnar á ung börn og draga þannig úr líkum á því að þau veikist af þunglyndi eða öðrum geðsjúkdómum, bæði á barnsaldri og eftir að þau eru komin að heiman, jafnvel þótt ekki sé hægt að fyrirbyggja að

konan veikist einhvern tíma af þunglyndi (2). Varðandi áhrif þunglyndis mæðra á ung börn vísast í kafla 5.1.5.

2.2.1 **Hvað hindrar helst forvarnaráætlanir gegn geðsjúkdómum?**

Að líkindum tengist þetta hvað oftast lífseigum fordómum gagnvart geðsjúkdómum; margt nútímafólk lítur enn á geðsjúkdóma sem „galla“ í einstaklingnum eða vöntun á viljastyrk, og sjúklingar og fjölskyldur þeirra reyna eftir mætti að leyna veikindunum og leita jafnvel ekki aðstoðar af þeim sökum. Jafnvel opinberir aðilar sem veita stórfé til forvarna á geðsjúkdómum forðast að nota orðið geðsjúkdómur og er nærtækasta dæmið um áfengis- og vímuefnaforvarnir þar sem orðið geðsjúkdómur kemur sjaldan eða aldrei fram þótt fíknisjúkdómar flokkist sem slíkir. Önnur orsök þess að forvarnir gegn geðsjúkdómum ná lítilli athygli tengist e.t.v því að þótt mjög áhrifarík meðferðarform séu til gagnvart sjúkdómum eins og þunglyndi og ofsakvíða þá er vitneskja fólks um meðferðina oft af skornum skammti eða upplýsingar mjög misvísandi (eins og t.d. að þunglyndislyf séu ávanabindandi eða slævi persónuleikann). Einnig er alltof algengt að menn haldi að ekki sé hægt að fyrirbyggja sjúkdóma nema að áhrifarík meðferð sé til. Sem dæmi má taka hegðunartruflanir barna og unglunga (conduct disorder) sem oft er erfitt að meðhöndla en fyrirbyggjandi aðgerðir geta gegnt lykilhlutverki. Þriðja orsök tengist því að enn vantar talsvert á þekkingu á samspili áhættuþátta og verndandi þátta við sjúkdómsferil geðsjúkdóma til lengri og skemmri tíma þótt mikilvægt sé að hafa í huga að við upphaf margra forvarnaráætlana gegn líkamlegum sjúkdómum var þekkingargrunnurinn enn tiltölulega lítill, en þó hafa þessar áætlanir reynst árangursríkar (2).

2.2.2 **Áhættuþættir og verndandi þættir er varða geðsjúkdóma**

Þekking okkar á áhættuþáttum geðsjúkdóma bæði hjá börnum og fullorðnum hefur farið vaxandi á síðustu 30 árum. Auk þess höfum við betri skilning á því að áhættuþættir eru ekki sérstakar, afmarkaðar aðstæður eða áföll, en öllu fremur fyrirbæri sem eru almennari og hægt er að hafa áhrif á eða milda og geta verið tengd ákveðnu þroskastigi einstaklingsins en ekki öðru. Slíkir þættir geta því verið áhættuþættir á einu æviskeiði en ekki öðru. Áhættuþættir geta legið í einstaklingnum sjálfum, fjölskyldunni, samfélaginu eða stofnum samfélagsins. Þeir geta verið líffræðilegir eða sálrænir og félagslegir. Sumir áhættuþættir geta verið aðalorsakavaldur sjúkdómsins, en aðrir einungis fylgieinkenni óháð orsökum og getur oft verið erfitt að greina þar á milli í upphafi forvarnarstarfs (2).

Á seinni árum hefur athygli fræðimanna í vaxandi mæli einnig beinst að hvaða þættir í einstaklingnum og/eða umhverfi hans geta verndað gegn geðsjúkdómum, þótt verulegir áhættuþættir séu til staðar.

Flest bendir til að hver geðsjúkdómur hafi marga áhættuþætti. Til þess að koma við árangursríkum forvörnum verður því oftast að líta til margvíslegra áhættuþátta og margra verndandi þátta. Sem dæmi um áhættuþætti geðsjúkdóma má nefna þunglyndi en fimm áhættuþættir hafa sérstaklega verið tengdir fyrsta veikindakasti: Í fyrsta lagi að eiga foreldri

sem hefur átt við þunglyndi að stríða (gæti verið arfgengi eða félagsleg mótun eða hvoru tveggja), í öðru lagi mikið mótlæti eins og ástvinamissir, hjónaskilnaður, atvinnumissir, mikil líkamleg veikindi eða önnur alvarleg áföll, í þriðja lagi lítið sjálfstraust og það að skynja sig hjálparvana og vonlausan, í fjórða lagi að vera kona og í fimmta lagi að búa við fátækt (2).

Flestir áhættuþættir geðsjúkdóma aðrir en arfgengir þættir eru sameiginlegir fyrir marga geðsjúkdóma. Sem dæmi má taka áhættuþætti og verndandi þætti er varða geðsjúkdóma barna: Af almennum áhættuþáttum geðsjúkdóma má nefna lága fæðingarþyngd, lága greindarvísitölu, truflun á málþroska hjá ungum börnum og lesblindu og atferlistruflanir hjá eldri börnum. Í fjölskyldu eru áhættuþættir miklir hjónabandsferfiðleikar foreldra, erfiður fjárhagur og basl, lítið húsrými og stór systkinahópur, andfélagsleg hegðun föður og geðsjúkdómur móður. Verndandi þættir fyrir börn sem búa við mikla áhættu virðast hins vegar tengjast góðri meðfæddri skapgerð, góðri greind og góðri félagsfærni og á unglingsárum að hafa tilfinningu fyrir stjórn á eigin lífi og að eiga sér markmið. Í fjölskyldunni verndar að vera með færri en fjögur börn á framfæri og að hafa að a.m.k. tvö ár milli systkina. Hjá ungum börnum eru nán tengsl við foreldri talin mjög mikilvægur verndandi þáttur, jafnvel hjá börnum sem búa að öðru leyti við mjög erfiðar aðstæður. Góðir skólar þar sem saman fara hæfilegt aðhald og agi og örvun til náms eru einnig taldir vernda gegn geðrænum erfiðleikum hjá eldri börnum og unglíngum (2).

2.2.3 Forvarnaraðgerðir og rannsóknir erlendis

Rannsóknir hafa ekki enn sýnt fram á að forvarnir geti dregið úr tíðni geðsjúkdóma en hins vegar hefur verið sýnt fram á að hægt er að draga úr áhættuþáttum og lofar það góðu um að síðar megi draga úr tíðni sumra sjúkdóma s.s. þunglyndis og áfengismisnotkunar. Flestar forvarnaráætlanir hafa til þessa beinst að þörfum ungbarna, smábarna, skólabarna og unglínga (2). Forvörnum fyrir fullorðna hefur verið of lítt gaumur gefinn, og ekki síst forvörnum hjá eldra fólki. Ekki er til nein ein aðgerð á einhverju einu æviskeiði fyrir afmörkuð vandamál eða sjúkdóma sem nær því markmiði að fyrirbyggja fyrir lífstíð, en hins vegar er æskilegt markmið að fyrirbyggjandi aðgerðir á einu æviskeiði dragi úr tíðni geðsjúkdóma á því næsta. Dæmi um þetta eru fyrirbyggjandi aðgerðir sem beinast að hegðunarvandamálum drengja í fyrstu bekkjum grunnskóla, sem gætu dregið úr tíðni andfélagslegrar hegðunar og vímuefnamisnotkunar á unglingsárum.

Forvarnir í geðsjúkdómum þurfa að vera samofnar daglegu lífi fólks á öllum æviskeiðum og þær þurfa oftast en ekki að standa lengi til að árangur náist. Góð inngríp sem síðan er skyndilega hætt geta verið meira til skaða en gagns. Ljóst er einnig að menntun, líkamlegt heilsufar, vinna og geðheilsa eru ekki aðskildar einingar heldur mynda eina heild. Nái einstaklingur framförum á einu sviði (t.d. menntun) hefur það gjarnan áhrif á önnur (t.d. geðheilsu). Samvinna milli skólakerfis, atvinnulífs, heilsugæslu og geðheilbrigðisstofnanna er því nauðsynleg á sviði forvarna

gegn geðsjúkdómum. Áhættuþættir fyrir geðsjúkdóma fylgja oft hverri kynslóðinni fram af annarri í fjölskyldum. Forvarnaráætlanir sem taka til tveggja kynslóða eins og ýmsar áætlanir sem stuðla að bættri aðlögun mæðra með kornabörn eru dæmi um eina áætlun sem getur haft forvarnargildi fyrir tvær kynslóðir. Þjálfun í félagsfærni hefur reynst gagnleg hjá ungum börnum og virðist draga úr áhættu á hegðunarvandamálum. Flest bendir til að slíkar aðgerðir þurfi að hefjast í leikskóla og á fyrstu barnaskólaárum til að þroska með börnum félagsanda sem vinnur gegn árárhneigð og vímuefnamisnotkun. Talið er að hægt sé að fyrirbyggja einhvern hluta af hegðunartruflunum barna og draga þannig síðar úr hættunni á andfélagslegri hegðun og afbrotahneigð. Hjá fullorðnum og hjá eldra fólki bendir margt til að draga meggi að einhverju leiti úr þunglyndi með sálfélagslegum aðgerðum. Þótt líffræðilegir þættir séu taldir mikilvægir áhættuþættir til margra geðsjúkdóma hafa forvarnir til þessa lítið beinst gegn þeim ef undan er skilið mæðraeftirlit á meðgöngu og bólusetningar ungra barna. Hins vegar má búast við að með vaxandi þekkingu á þessu sviði meggi búast að hægt verði að beita forvörnum sem taka meira mið af líffræðilegum sjónarmiðum (2).

2.2.4 Forvarnir gegn geðsjúkdómum á Íslandi

Forvarnaaðgerðir gegn geðsjúkdómum á Íslandi hafa til þess byggst mest á einstökum og ólíkum verkefnum, oft að frumkvæði einstaklinga eða stofnana og lítið samræmi á milli aðgerða. Langmest áhersla hefur verið lögð á forvarnir gegn vímuefnum og vísast í ítarlegan kafla í þessari skýrslu þar að lútandi (5.3.2. og 5.3.4.). Skilin milli meðferðar og forvarna hafa stundum verið óljós og árangursmat ekki gert með fullnægjandi hætti (nema með fáeinum undantekningum). Eins og bent er á í kaflanum um forvarnir gegn vímuefnum hefur talsverðum fjármunum verið til varið í aðgerðir sem ekki er víst að skili árangri sem skyldi á því sviði.

Benda má á athyglisvert forvarnarverkefni „Nýja barnið“ sem skipulagt hefur verið í tengslum við heilsugæslustöðina á Akureyri sl. átta ár, sjá 4.3.1.3. Einnig ber að geta um nýtt og vel staðlað rannsóknarverkefni Eiríks Arnar Arnarsonar og W. Edward Craighead sem miðar að því að draga úr þunglyndi unglunga með því að skima fyrir einstaklingum í áhættuhópi og beita sértækum aðgerðum (5).

2.2.5 Umræða

Forvörnum gegn geðsjúkdómum hefur til þessa verið lítill gaumur gefinn á Íslandi nema er varða áfengi og önnur vímuefni. Í þeim þætti hefur einnig vantað upp á að nægilegur skilningur sé á því hversu geðsjúkdómar eru oft samtengdir neysluvandamálum; oft undanfari neyslunnar hjá unglungum, oft samfara neyslu eða afleiðing neyslu hjá þeim sem eldri eru. Forvarnir hér á landi þurfa að taka mið af þeirri þekkingu sem til er um geðsjúkdóma á hverjum tíma og stuðla jafnframt að því að auka þann þekkingargrunn með skipulögðu rannsóknarstarfi á þessu sviði. Æskilegt er að forvarnaaðgerðum sé stjórnað af fagfólki eða unnar í samvinnu við

fagfólk og að hverri aðgerð sé fylgt úr hlaði með rannsókn á gagnsemi hennar og stuðst við samanburðarhópa þar sem því verður við komið.

Þekkingu okkar á áhættuþáttum til geðsjúkdóma hefur fleygt fram á síðustu áratugum og eykur það líkur á að beita megi forvörnum með árangri. Bent hefur verið á að þekking okkar á áhættuþáttum geðsjúkdóma sé nú á því stigi sem þekking á áhættuþáttum hjarta- og æðasjúkdóma var fyrir 20-25 árum þegar fyrst var farið að huga að forvörnum í þeim flokki sjúkdóma (2). Sem dæmi má nefna að á Íslandi lækkaði nýgengi kransæðastíflu hjá körlum um 31% og hjá konum um 25% á árunum 1981-1992 og dánartíðni um 47% hjá körlum en 31% hjá konum á sama tímabili (6).

2.2.6 Tillögur

Starfshópurinn leggur til að stofnað verði teymi sérfræðinga sem hefði það verkefni að skipuleggja og hrinda í framkvæmd markvissum forvörnum gegn geðsjúkdómum á Íslandi, þar á meðal vímuefnamisnotkun. Brýnt er að nýta þá þekkingu sem best er á hverjum tíma til þess að draga úr tíðni og/eða eftirköstum geðsjúkdóma og stuðla að rannsóknum á árangri forvarnaraðgerða.

2.2.7 Heimildir

1. Helgason T.: Faraldursfræðilegar rannsóknir í geðlæknisfræði á Íslandi; Læknablaðið 1994; 80:155-164.
2. Reducing Risk for Mental Disorders; Frontiers for Preventive Intervention Research: Institute for Medicine, National Academy Press, 1994, Ed. Patricia J. Mrazek and Robert J. Haggerty; 3-355.
3. Gordon, R. (1987): An operational classification of disease prevention. In J.A. Steinberg and M.M. Silverman, Eds. Preventing Mental Disorders. Rockville, MD, Department of Health and Human Services; 20-26.
4. Report of the WHO European Conference, 1995. Alcohol - less is better. WHO Regional Office for Europe.
5. Arnarson, Eiríkur og Craighead, W. Edward: Brief Research Proposal: Prevention of Depression among Adolescents in Reykjavik, Iceland (fylgiskjal).
6. Monika rannsóknin á Íslandi 1981-1992: Heilbrigðisskýrslur; fylgiskjal 1997 Nr. 2.

2.3 Byrði og kostnaður vegna geðsjúkdóma

2.3.1 Inngangur

Í ýmsum löndum hefur verið gerð tilraun til þess að meta hve alvarlegir geðsjúkdómar eru og hve mikið þeir kosta samfélagið.

Í Bretlandi er talið að geðsjúkdómar séu orsök 14% fjarvista frá vinnu, 14% af kostnaði við legudeildir og 23% af lyfjakostnaði. (The Health of the Nation, A Strategy for Health in England 1992)

Árið 1996 gáfu WHO (World Health Organization), Harvard háskóli (Harvard School of Public Health) og Alþjóðabankinn (World Bank) út viðamikla skýrslu um vægi hinna ýmsu sjúkdóma í heiminum öllum. (The Global Burden of Disease).

Þar er úttekt á dánarorsökum og örorku vegna sjúkdóma og slysa gerð árið 1990 og áætlað hvernig þessi atriði verða árið 2020.

Í ritinu er gerð nánari grein fyrir því hvernig hinir ýmsu sjúkdómar og sjúkdómaflokkar hafa áhrif á líf einstaklinga og lífsgæði.

Í mjög fróðlegu yfirliti kemur m.a. fram að byrði sem kemur í kjölfar geðsjúkdóma hefur verið alvarlega vanmetin um heim allan. Er þá einkum átt við sjúkdómama þunglyndi, áfengissýki og geðklofa. Vanmatið felst fyrst og fremst í því að hingað til hefur aðaláherslan verið lögð á andlát í kjölfar sjúkdóma en ekki örorku og breytingar á lífsgæðum sem sjúkdómar hafa í för með sér. Meðan aðeins rúmlega 1% allra dauðsfalla má rekja til geðsjúkdóma, þá eru þeir nær 11% af sjúkdómabyrði heimsins.

Byrði vegna geðsjúkdóma hefur verið vanmetin um allan heim
--

Þegar litið er á örorku einstaklinga í heiminum öllum kemur í ljós að árið 1990 voru fimm geðsjúkdómar í hópi þeirra tíu sjúkdóma sem mesta örorku höfðu í för með sér.

Í fyrsta sæti er þunglyndi, áfengisofneysla er í fjórða sæti, tvískauta (bipolar) lyndissjúkdómar í því sjötta og í níunda og tíunda sæti eru geðklofasjúkdómar og árattuþráhyggjusjúkdómar.

Ekki er nóg að geðsjúkdómar hafi verið vanmetnir í þessu tilviki. Í ljós kemur að þegar gerðar eru framtíðarspár þá er reiknað með því að mesta aukningin verði hlutfallslega í geð- og taugasjúkdómum og að heildarsjúkdómsbyrði þessara sjúkdóma aukist úr 10,5% í 15% af heildarsjúkdómsbyrðinni fram til ársins 2020.

2.3.1.1 Heimildir

The Health of the Nation, A Strategy for health in England 1992.

The Global Burden of Disease (1996). World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank.

2.3.2 Örorka samfara geðsjúkdómum

Geðraskanir eru ein aðalorsök veikinda og fötlunar. Síðar í skýrslunni verður leitast við að áætla beinan sjúkrakostnað vegna geðsjúkdóma, kostnað við geðlyf o.fl.

Samkvæmt upplýsingum frá Tryggingastofnun ríkisins voru 7.577 einstaklingar á fullum örorkubótum (>75%) 1. desember 1996. Á sama tíma voru 1.531 einstaklingur á 65% örorkubótum. Fyrri reynsla sýnir að heildarfjöldi á örorkubótum er 14-15% hærrí en sá fjöldi sem fær bætur 1. desember ár hvert. Mismunurinn skýrist fyrst og fremst af því að einstaklingar eru að falla út af bótum vegna tekna.

Hinn 1. desember 1996 voru 2.756 einstaklingar á fullum örorkubótum (>75%) vegna geðsjúkdóma eða meir en 30% af heildarfjöldanum. Aðeins 249 einstaklingar voru á 65% örorku vegna geðsjúkdóma eða rúmlega 16% þeirra sem slíkar bætur fengu.

Í töflu 1 kemur þetta nánar fram. Heildargreiðslur árið 1996 til þeirra sem voru á fullum örorkubótum voru 3.634 milljónir króna (þ.e. rúmlega 3,6 milljarðar króna). Þeir sem eru á fullri örorku vegna geðsjúkdóma fengu 1.334 milljónir króna (þ.e. rúmlega 1,3 milljarða króna) í árgreiðslu.

Auk þess voru alls greiddar rúmlega 200 milljónir króna alls til allra þeirra sem voru með 65% örorku.

Þannig kemur í ljós samkvæmt upplýsingum frá Tryggingastofnun ríkisins að á árinu 1996 voru greiddar 3.823 milljónir króna í örorkubætur eða meira en 3,8 milljarðar.

Af örorkubótum renna um 35% til geðsjúkra

Tafla 1

**Fjöldi og greiðslur til örorkulífeyrisþega og örorkustyrkþega
árin 1993-1996. Fjárhæðir í milljónum króna**
(Þar af fjöldi og greiðslur til geðsjúkra,
sjúkdómsgreiningarkóðar $\geq 290 < 320$)

	1993		1994		1995		1996	
	Fjöldi	Fjárh.	Fjöldi	Fjárh.	Fjöldi	Fjárh.	Fjöldi	Fjárh.
Sjúkdgr. kóðar $\geq 290 < 320$:								
65% örorka á árinu	260	24	246	23	259	23	249	21
75% örorka á árinu	2.210	1.024	2.387	1.114	2.638	1.246	2.756	1.334
Heildarfjöldi 1.12. ár hvert og heildargreiðslur á árinu								
65% örorka	1.667	222	1.616	215	1.538	206	1.531	194
75% örorka	5.963	2.869	6.540	3.101	7.175	3.438	7.577	3.634
Heildarfjöldi á árinu*								
65% örorka								
75% örorka	6.872		7.455					

* Heildarfjöldi á árinu: Þær tölur eru einungis til fyrir 1993 og 1994 og sýna sig að vera um 14-15% hærra en fjöldatölur sem miðast við 1. des. ár hvert, en það eru þær tölur sem hafa verið birtar í Staðtölum Almannatrygginga síðustu árin. Mismunurinn á þessum tölum helgast fyrst og fremst af því að einstaklingar eru að falla út af greiðslum vegna tekna. Heilsárstalan sýnir alla þá sem hafa fengið einhverjar greiðslur einhverntímann á árinu, fjöldi 1. des. segir einungis til um fjölda þeirra sem fengu greiddar bætur á þeim tímapunkti.

Líklegast má telja að þeir sem eru á örorku vegna geðsjúkdóma hafi minni sveiflur í tekjum en aðrir öryrkjar og falli þá síður út af skránni.

2.3.2.1 Samanburður við önnur Norðurlönd

Á Íslandi eru hlutfallslega mun færri lífeyrisþegar en á öðrum Norðurlöndum, sérstaklega í aldurshópunum yfir 60 ára. Á Íslandi eru 19.2% íbúa á þeim aldri lífeyrisþegar (1993) en á öðrum Norðurlöndum er hlutfallið 26.1% í Danmörku og hæst 29.2% í Svíþjóð (1994). (Heimild: Social Tryghed i de nordiske lande, Nordisk Social-Statistisk Komité 1996.)

Í Danmörku fá örorkulífeyrisþegar 143.544 dkr. á ári. Þar eru meðtaldar greiðslur sem að nokkru leyti koma í stað lífeyrissjóðsgreiðslna hér á landi. Á öðrum Norðurlöndum er lífeyrir ekki skattskyldur, en í Danmörku var lífeyrir þó gerður skattskyldur 1994.

Tafla 2**Útgjöld Tryggingastofnunar ríkisins vegna lífeyris 1996**

Bótaflokkar	Milljónir kr.	Hlutfall
Ellilífeyrir	3.515	25,3%
Örorkulífeyrir	1.226	8,8%
Tekjutr. ellilífeyrisþega	5.271	38,0%
Tekjutr. örorkulífeyrisþega	1.746	12,6%
Örorkustyrkur	189	1,4%
Barnalífeyrir	690	5,0%
Fæðingarorlof	1.224	8,8%
Annað	20	0,1%
Samtals	13.881	100,0%

Tafla 3**Fjöldi lífeyrisþega**

	1994	1995	1996
Örorkulífeyrisþegar	6.540	7.175	7.577
Örorkulífeyrisþegar með tekjutryggingu	5.581	6.038	6.317
Endurhæfingarlífeyrir	72	155	257

Tafla 4**Fjöldi örorku- og endurhæfingarlífeyrisþega**

Ár	Fjöldi
1985	3.456
1986	3.617
1987	3.824
1988	4.072
1989	4.358
1990	4.660
1991	5.134
1992	5.450
1993	6.016
1994	6.612
1995	7.330
1996	7.834

Tafla 5**Upplýsingar um almannatryggingar
Heildarútgjöld**

	Útgjöld almannatrygginga í m.kr.	Heildarútgjöld ríkisins í m.kr.	Hlutfall
1990	22.766	117.822	19,3%
1991	25.338	130.515	19,4%
1992	25.811	130.544	19,8%
1993	25.883	132.237	19,6%
1994	26.866	137.736	19,5%
1995	28.464	142.507	20,0%
1996	29.751	150.330	19,8%

Tafla 6

Upplýsingar um almannatryggingar Fjöldi bótaþega

	Viðskiptavinir T.R.	Íbúafjöldi	Hlutfall
1992	45.665	262.386	17,4%
1993	46.937	264.919	17,7%
1994	47.180	266.783	17,7%
1995	48.081	267.806	18,0%
1996	48.210	269.727	17,9%

Heimild: Staðtölur almannatrygginga 1996.

Örorkulífeyrisþegi sem býr einn og hefur „meira en 75%“ örorkumat getur fengið eftirfarandi greiðslur hjá Tryggingastofnun ríkisins í nóvember 1997:

Lífeyrir	kr.	13.373
Tekjutrygging	kr.	25.294
Heimilisuppbót	kr.	8.364
Sérstök heimilisuppbót	kr.	5.754
Samtals	kr.	52.785

Hafi hann misst rétt til lífeyris vegna langrar dvalar á sjúkrahúsi getur hann fengið 10.658 í vasapeninga á mánuði.

Umönnunarbætur vegna fatlaðs barns	kr.	50.212
Umönnunarstyrkur vegna fatlaðs barns	kr.	9.691

2.3.2.2 Sjúkdómsgreiningar örorkuþega

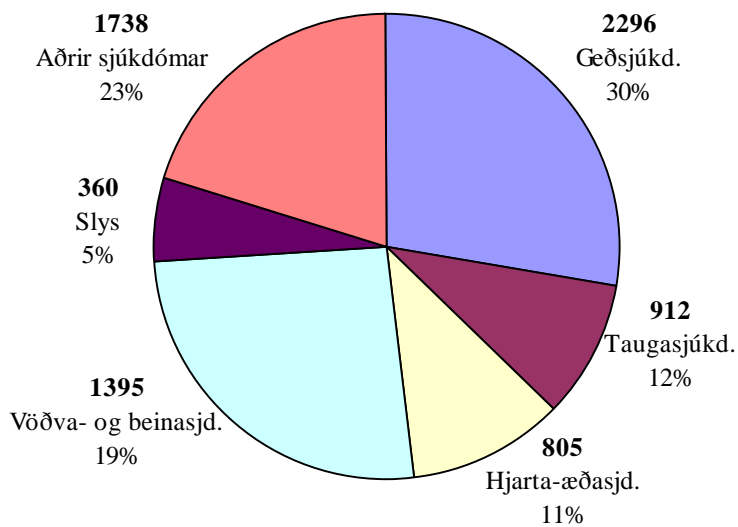
Í Tryggingastofnun ríkisins hefur heildarfjöldi þeirra sem fengu örorkubætur árin 1990 og 1995 verið brotinn niður samkvæmt kyni og sjúkdómsgreiningum í helstu sjúkdómaflokka.

Í ljós kemur að sú fjölgun, sem átt hefur sér stað milli árana 1990 og 1995 skýrist að mestu leyti með fjölgun, sem verður á þeim sem þjást af vöðva- og beinasjúkdómum. Aðallega er um að ræða fjölgun kvenna með „fibromyalgiu“ eða síþreytu.

Á meðfylgjandi skífuritum má sjá nánar um flokkun þessa. Tölur þessar eru ekki fyllilega sambærilegar við tölurnar, sem koma fram í töflu 1. Líklegasta skýringin er minniháttar ósamræmi milli greiðsluskrár og sjúkdómaskrár hjá Tryggingastofnun ríkisins.

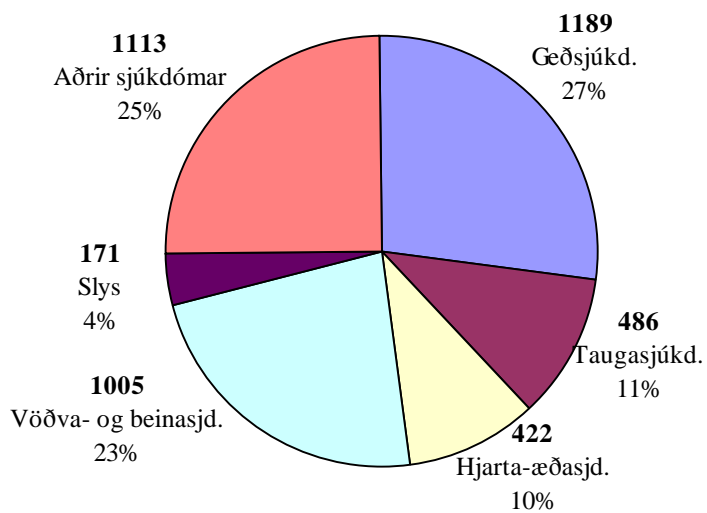
Örorka alls 1990

bótaþegar 7.506



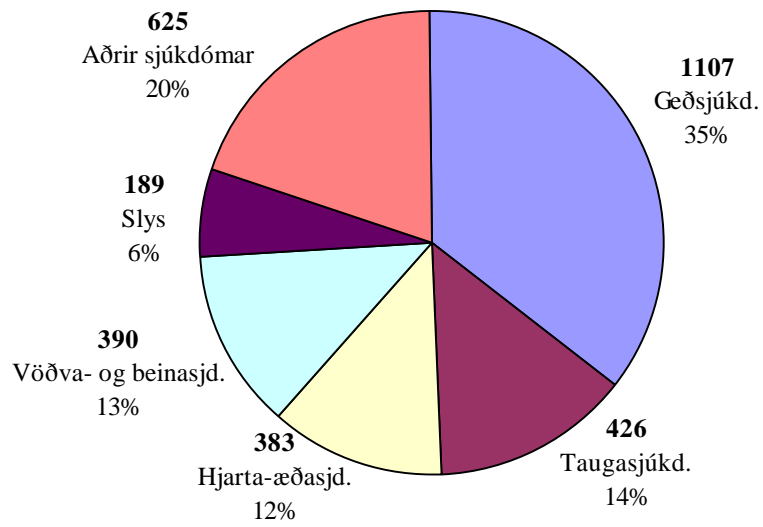
Örorka kvenna 1990

bótaþegar 4.386



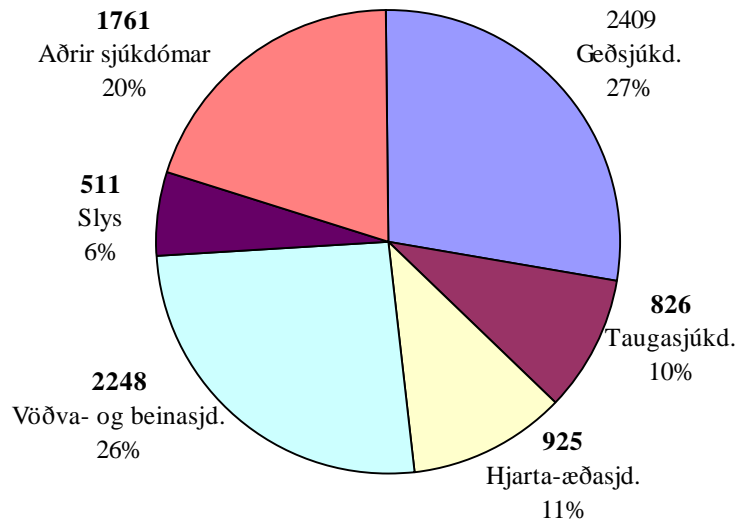
Örorka karla 1990

bótaþegar 3.120

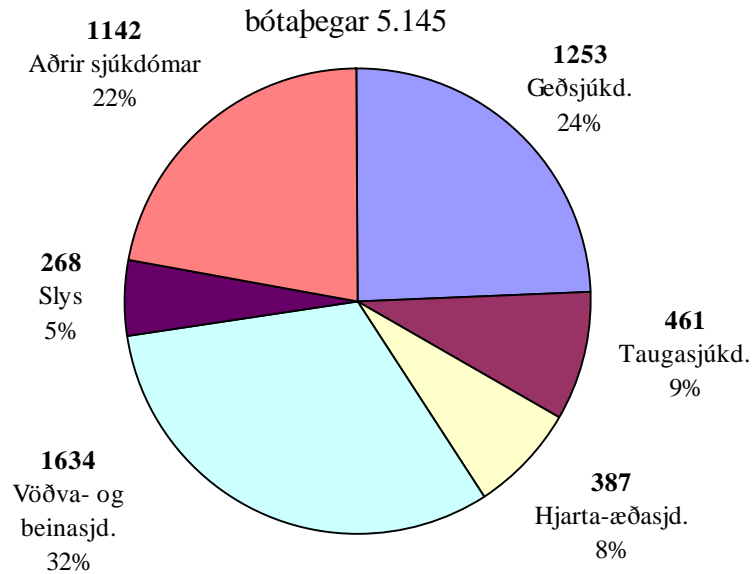


Örorka alls 1995

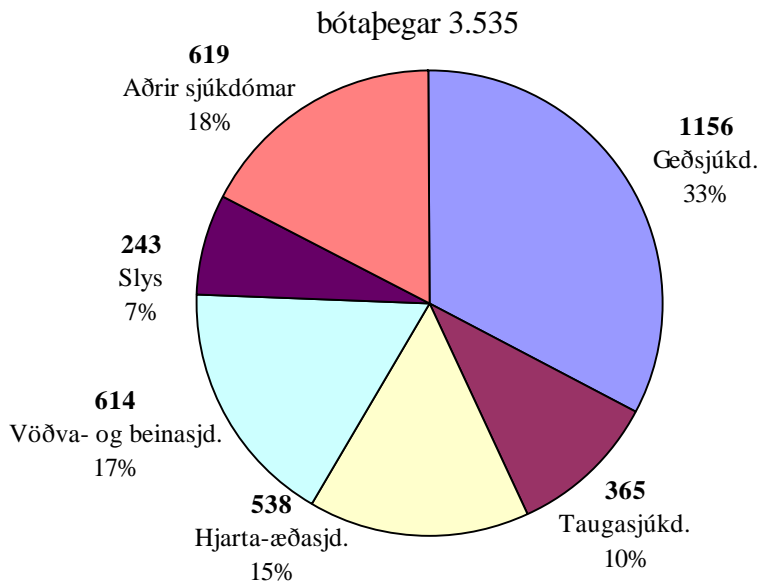
bótaþegar 8.680



Örorka kvenna 1995



Örorka karla 1995



2.3.3 Geðlyf — breytingar á notkun, kostnaður

Íslendingar hafa aðgang að nær öllum nýjum lyfjum sem fram koma. Ný sérhæfð þunglyndislyf hafa komið fram á markaðinn á síðustu 10 árum.

Með lyfseðlakönnun hafa verið gerðar rannsóknir á notkun geðlyfja hér á landi (í Reykjavík) á eins mánaðar tímabili 1984, 1989 og 1993. Notkun

sérhæfðra þunglyndislyfja fer mjög vaxandi og er kostnaður geðdeyfðar orðinn meiri en 550 milljónir á ári.

Samkvæmt upplýsingum frá heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu, eykst kostnaður við geðdeyfðarlyf (NO6A) um 134% á árunum 1990-1996. Á sama tímabili vex notkun

sterkra geðlyfja (NO5A) um 7%;

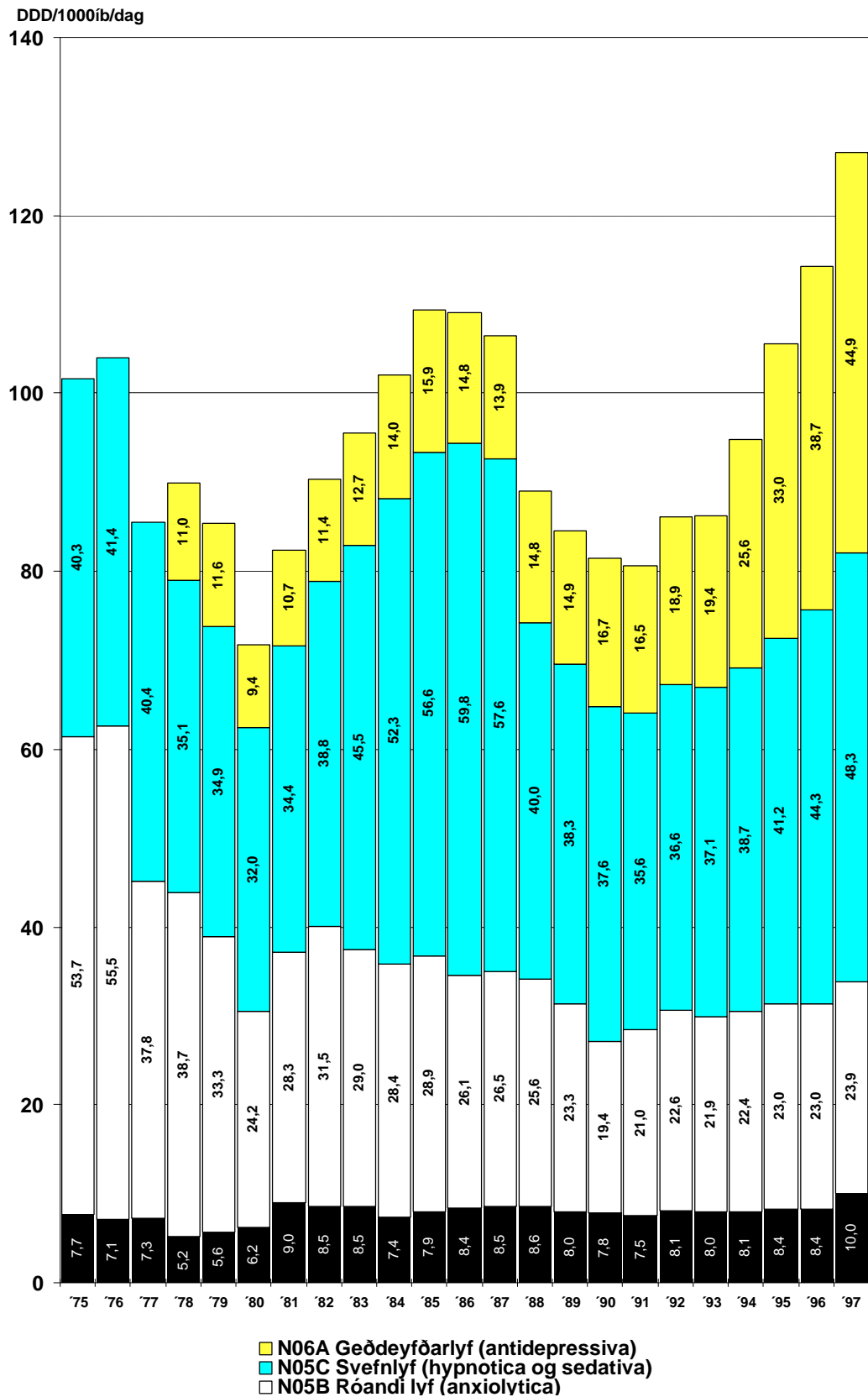
svefnlyfja (NO5C) um 15%;

róandi lyfja (NO5B) um 19% og

örvandi lyfja (NO6B) um 383%.

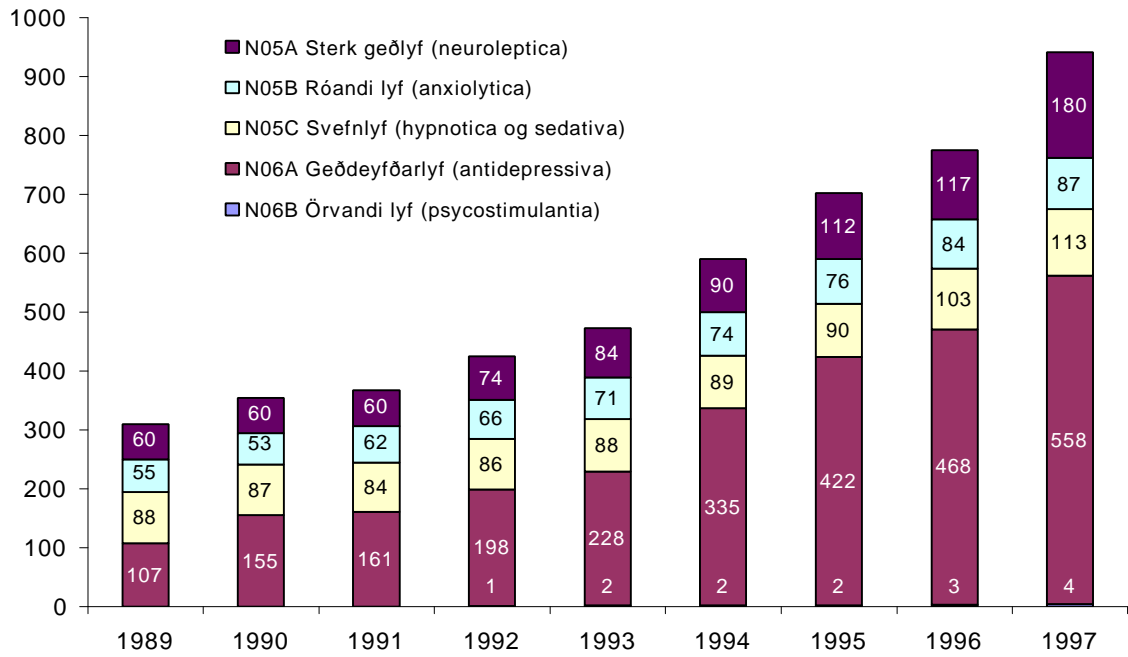
Á meðfylgjandi myndum og línuritum má sjá breytingar á geðlyfjanotkun hér á landi á seinni árum. Upplýsingar eru um kostnaðinn og hvernig við stöndum í samanburði við önnur Norðurlönd, einkum hvað varðar notkun á geðdeyfðarlyfjum.

Samanburður á sölumagni geðlyfja 1975-1997



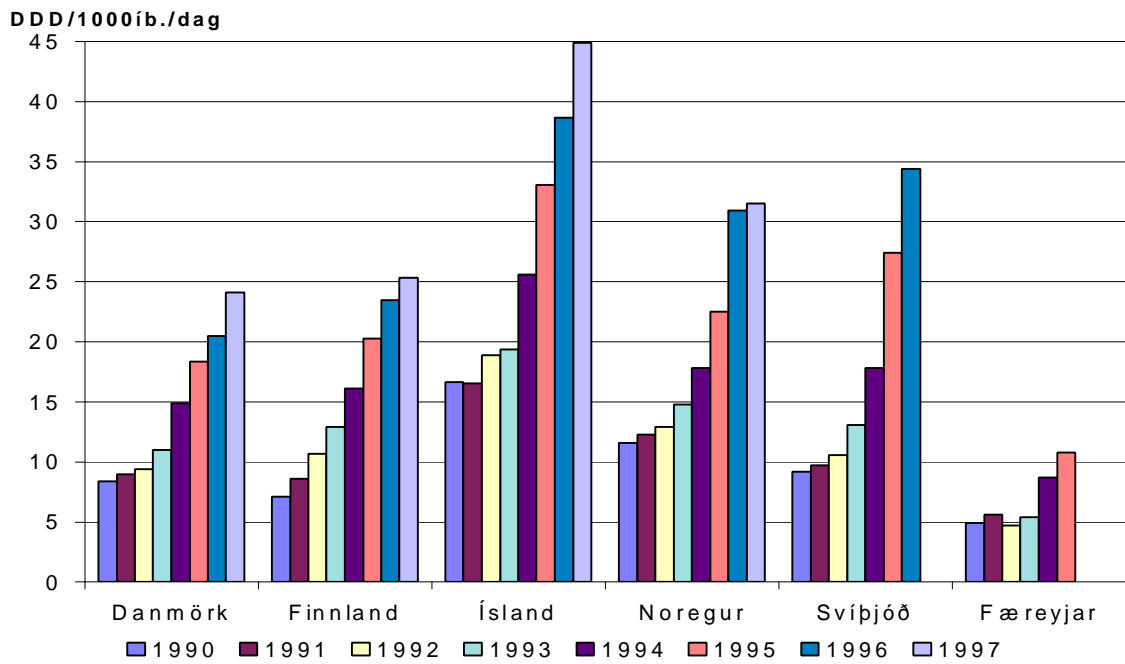
Verulegar sveiflur eru á heildarsölumagni geðlyfja á árabílinu 1975-1996. Toppur sýnist koma fram á 10 ára fresti.

Geðlyf söluverð úr apóteki (verðlag 1997)



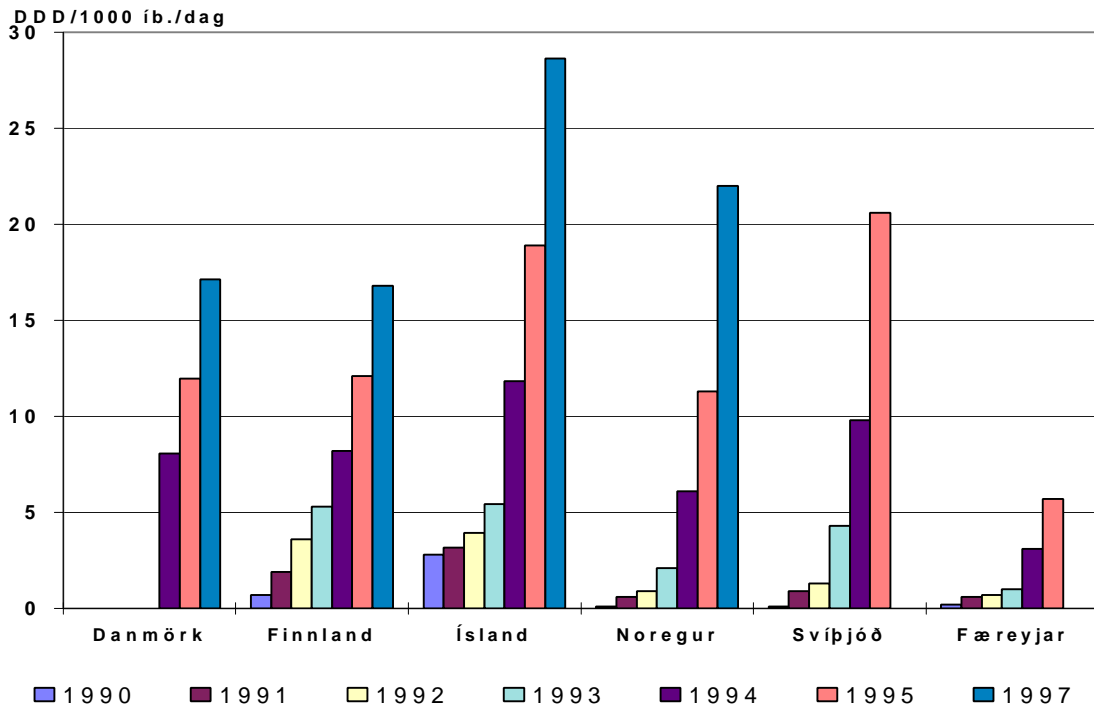
Vaxandi kostnaður er við geðlyf síðan 1989. Aðalhækkunin verður á þunglyndislyfjum og sterkum geðlyfjum.

Samanburður á sölumagni þunglyndislyfja á Norðurlöndum



Þessi mynd sýnir vaxandi notkun þunglyndislyfja á öllum Norðurlöndum.

Notkun sérhæfðra (SSRI) þunglyndislyfja á Norðurlöndum



Vaxandi notkun sérhæfðra (SSRI) þunglyndislyfja á öllum Norðurlöndum.

2.3.3.1 Samantekt um geðlyf

Á framangreindum línuritum og myndum má sjá að verulegar sveiflur hafa orðið á geðlyfjanotkun Íslendinga á síðustu 20 árum. Svo virðist sem toppur í sölu komi á 10 ára fresti og er heildarnotkunin nú svipuð og fyrir 10 árum. Verði sama þróun áfram, mætti ef til vill búast við minnkandi sölu næstu árin. Aukningin sem hefur orðið á síðustu árum stafar aðallega af aukningu í sölu hinna nýju sérhæfðu þunglyndislyfja, sem komu fyrst á markað fyrir um það bil 10 árum. Er nú svo komið að heildarkostnaður þessara þunglyndislyfja er orðinn meira en 550 milljón krónur á ári. Greinilegt er að Íslendingar hafa tekið fyrr við sér en aðrir Norðurlandabúar. Þeir sækja þó fast á og eru Svíar á hraðri ferð og á árinu 1996 fóru þeir fram úr Íslendingum í notkun þessara lyfja.

Reiknað út frá DDD virðast rúmlega 10 þúsund Íslendingar vera á þunglyndislyfjum.

Mun minni breytingar eru á notkun annarra geðlyfja, athyglisverð er þó hin hlutfallslega mikla aukning á notkun örvandi lyfja, en notkun þeirra er háð leyfisveitingu landlæknis.

Reiknað út frá DDD virðist fjöldi þeirra sem taka örvandi lyf hafa aukist úr u.þ.b. 28 árið 1990 í 138 sjúklinga 1996.

Til að stemma stigu við kostnaðaraukningu geðlyfja hafa stjórnvöld gripið til ýmissa aðgerða og skulu nokkrar þeirra taldar upp hér.

1991 var niðurgreiðslu á róandi lyfjum og svefnlyfjum almennt hætt.

1991 og 93 var hlutur sjúklings í niðurgreiddum lyfjum hækkadur verulega með reglugerð nr. 300/1991 og reglugerð dagsettri 18.1.1993.

Nýju endurgreiðslureglurnar eru flóknar og erfiðar í framkvæmd og virðast fáum kunnar.

1996 var útgáfu undanþáguskírteina vegna 100 daga skammta af þunglyndislyfjum hætt.

1996 var niðurgreiðslu á svokölluðum flogalyfjum hætt, en þau eru mikilvæg í meðferð sumra geðsjúkdóma.

Athyglisvert er að stöðvun niðurgreiðslu á róandi lyfjum og svefnlyfjum árið 1991 hafði ekki áhrif á notkun þessara lyfja.

Hamlandi aðgerðir hvað varðar þunglyndislyf hafa ekki komið í veg fyrir söluaukningu þeirra.

Svo virðist sem lyfjakostnaður sjúklinga á höfuðborgarsvæðinu hafi lækkað eitthvað undanfarið vegna samkeppni apóteka, en sá „afsláttur“ er tilviljanakenndur og breytilegur og óvíst með framhaldið. Ekki verður nánar fjallað hér um hugsanleg skaðleg áhrif aukinnar samkeppni lyfjabúða, svo sem skert öryggi, minni leiðsögn og ráðgjöf.

Ljóst er að verulegar framfarir hafa átt sér stað, bæði í þunglyndislyfjum og sefandi lyfjum. Mikilvægt er að lyf þessi séu rétt notuð og þeir sem þurfa á þeim að halda fái þau án þess að kostnaðurinn verði óviðráðanlegur fyrir sjúklinginn.

Innan heilbrigðisráðuneytisins er verið að vinna að reglum um þátttöku hins opinbera í lyfjakostnaði, sem miða að því að jafna rétt sjúklinga. Hugmyndin er að allir sjúklingar borgi einhverja lágmarksupphæð fyrir

lyf, en þeir sem þurfa á langtíma lyfjagjöf að halda þurfa ekki að greiða fyrir lyf umfram ákveðið mark.

2.3.3.2 Tillögur um geðlyf

1. **Nauðsynlegt er að fram fari áframhaldandi rannsóknir á notkun geðlyfja. Kanna þarf hverjir ávísa þeim, ábendingar, hverjir fá lyfin o.fl.**
2. **Mikilvægt er að séð verði til þess að slík rannsókn verði gerð hið fyrsta. Ekki síst í ljósi þess að kostnaður við þennan lyfjaflokk fer vaxandi á síðustu árum.**
3. **Sjúklingar þurfi ekki að greiða fyrir sterk geðlyf (neuroleptica).**
Oftast er um að ræða lyf sem geðlæknar ávísa í upphafi. Þeir einstaklingar sem þurfa að taka lyf þessi eru yfirleitt mjög veikir og lyfjatakan alger nauðsyn. Veikindin eru iðulega þess eðlis að sjúklingarnir sjá ekki þörf fyrir lyfjatökuna og veigra sér þess vegna við að taka þau, sérstaklega ef þeir þurfa að borga fyrir þau.
4. **Hægt verði að fá þunglyndislyf án greiðslu sjúklings með útgáfu lyfjaskírteinis.**
Stöku sinnum er alger lífsnauðsyn að sjúklingar taki lyf þessi um langan tíma en kostnaður lyfjanna getur verið sjúklingunum um megn.
5. **Niðurgreiðslu á svefnlyfjum og róandi lyfjum verði komið í sama horf og var fyrir 1991.**
Ákveðin mismunun felst í því að niðurgreiða lyf þessi ekki. Hætta á misnotkun er sáralítill, en lyfin bæta lífsgæði umtalsvert.
6. **Geðsjúkir fái svokölluð flogalyf ókeypis, líkt og flogaveikir fá nú. Flogalyf eru mikilvægur liður í meðferð margra geðsjúklunga. — Ákveðin mismunun felst í núverandi reglum sem kveða á um að flogaveikir fái lyfin ókeypis, en geðsjúkir þurfa að greiða fyrir þau.**
7. **Verið er að vinna að áætlun innan ráðuneytisins um að allir sjúklingar borgi einhverja lágmarksupphæð á ári fyrir lyf, en þeir sem þurfa á langtíma lyfjagjöf að halda, greiði ekki umfram ákveðið mark. Stefnumótunarhópurinn styður þessa tillögu.**
Varðandi þá sem hafa fengið ókeypis lyf með geðdeildarlyfseðli skal þess getið að þeir sem aldrei hafa þurft að borga fyrir lyf sín gætu veigrað sér við að halda áfram lyfjameðferð og þarf því að taka tillit til þeirra, t.d. með bráðabirgðareglum um undanþágu fyrir þá.

2.3.4 Kostnaður af rekstri sjúkrastofnana

Geðsjúkir dvelja á sérhæfðum geðdeildum (3), og öðrum stofnunum á vegum heilbrigðisráðuneytisins er sinna geðsjúkum (4). Um kostnað af áfengismeðferð er fjallað í kafla 5.3. og réttargeðlækningum í kafla 7.2.

2.3.5 **Kostnaður af félagslegri þjónustu**

Félagsþjónusta við geðsjúka er margbreytileg og fjallað nánar um kostnað af henni í kafla 6.

2.3.6 **Samantekt**

Beinn kostnaður vegna geðsjúkdóma kemur fram með ýmsum hætti. Verulegur kostnaður er vegna sjúkrahússkostnaðar, í kafla 3.1 er talað um kostnað við rekstur geðdeildanna við Landspítala og SHR. Einnig er fjallað um kostnað við rekstur geðdeildar FSA. Geðsjúkir dveljast einnig á öðrum stofnunum eins og Reykjalundi (3.2), á héraðs- og fjórðungssjúkrahúsum (4.1), veruleg þjónusta er utan sjúkrahúsa (4.2) og kostnaður við áfengismeðferð hér á landi er nákvæmlega tíundaður síðar í skýrslunni (5.3). Aukning á kostnaði við geðlyf hér á landi hefur vakið mikla athygli (2.3.3). Mjög erfitt er að meta annan kostnað við geðveika, eins og kostnað við langveika, er kemur til fjölbreyttur kostnaður félagsmálayfirvalda (6).

Geðsjúkir dvelja einnig á almennum sjúkrahúsum, stundum vegna þess að sjúkdómurinn hefur ekki verið réttilega greindur. Oftast er kostnaður á þeim sjúkrahúsum mun hærri en á sérhæfðum geðdeildum.

Í kafla 7.3 er fjallað um kostnað við rekstur Sogns.

Eins og sést á þessari upptalningu er erfitt að fá yfirlit yfir beinan kostnað er geðsjúkdómar hafa í för með sér. Enn erfiðara er að meta óbeinan kostnað, eins og vinnutap sjúklinganna og aðstandenda þeirra, mat á þjáningu samfara geðsjúkdómum o.fl. Allir sem um þessi mál fjalla eru sammála um að hinn óbeini kostnaður sé mun hærri en sá beini.

2.3.7 **Heimildir**

1. T. Helgason, J.K.Björnsson, T.Zoëga, H.S.Thorsteinsson, H. Tómasson. Psychopharmacoepidemiology in Iceland: Effects of regulations and new medication. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (1997) 247:93-99).
2. Helgason, T. Faraldsfræðilegar rannsóknir í geðlæknisfræði á Íslandi. *Læknablaðið* 1994; 80: 155-164.
3. Sigfússon, S. Geðheilbrigði Íslendinga, erindi 1995.
4. Kessler, R.C., et al., (1994) 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*, 51, 8-9.
5. Blacker, C.V.R. & Clare, A.W. (1987) Depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 150, 737-751.
6. 6. Tómas Helgason í Morgunblaðsviðtali 25.5.1997.

2.4 Áhrif sjúklingsins á þjónustuna

2.4.1 Aukin völd notenda

Á undanförunum árum hafa áhrif notenda færst í vöxt í ýmis konar þjónustu. Þetta hefur gerst með skipulögðum hætti á sumum sviðum, með neytendafélögum, neytendaþjónustu, þjónustufulltrúum o.s.frv. Í heilbrigðisgeiranum hafa áhrif sjúklinga aukist með því að réttindi þeirra hafa verið betur skilgreind í lögum, þeir geta fengið sjúkraskrár sínar afhentar, krafa er gerð um að þeir verði upplýstir um hugsanlegar afleiðingar aðgerða o.s.frv. Staða þeirra og viðhorf hafa verið könnuð í vísindarannsóknum og lífsgæðakönnunum. Erlendis hafa bein áhrif sjúklinga verið tryggð með þátttöku þeirra í stjórnnum sjúkrahúsa og geðdeilda, með sérstökum notendahópum, með þátttöku þeirra í hönnun mannvirkja og áætlanagerð við uppbyggingu sjúkrahúsdeilda.

Í starfi sínu eru geðheilbrigðisstarfsmenn í það nánnum tengslum við sjúklingana að þeir fá óskir þeirra beint í æð. Starfið snýst fyrst og fremst um að koma til móts við þarfir þeirra. Svo virðist sem að meira tillit sé tekið til afstöðu sjúklingsins en áður var og hefur þessi þróun átt sér stað óskipulega og án þrýstings frá utanaðkomandi aðilum. Æskilegt er að styðja við þessa þróun og tryggja að hún nái til allra þrepa í geðheilbrigðisgeiranum, ekki eingöngu til þeirra sem eru í návígi við sjúklinginn í klínísku starfi.

2.4.2 Um aukin áhrif í þessari skýrslu

Í þessari stefnumótunarskýrslu er fjallað um áhrif notenda þjónustunnar, sjúklinga og aðstandendur þeirra, á nokkrum stöðum:

- Forvarnir í geðsjúkdómum þurfa að vera samofnar daglegu lífi fólks á öllum æviskeiðum (kafla 2.2.3)
- Sagt er frá sjálfshjálparþjónustu fyrir þolendur ofbeldis í kafla 2.5.3.
- Sjálfshjálparhópar fyrir geðklofa vímuefnaneytendur hafa verið stofnaðir, t.d. í New York (Double Recovery).
- Í kafla 6.12.3 eru tillögur um stýrihópa í málefnum fatlaðra þar sem einn fulltrúi verði skipaður af Öryrkjabandalagi Íslands og
- lagt er til að þjónusta við geðfatlaða geti verið í samvinnu við Stuðningsþjónustu Geðhjálp.
- Félagsmiðstöð Geðhjálp hefur auglýsta dagskrá sem er breytileg eftir því hver áhugi fólks er og hvað er ákveðið á húsfundum hverju sinni (9.2.1).
- Innan félagsins var starfandi auglýstur, opinn stefnumótunarhópur sem samdi stefnumótun félagsins í geðheilbrigðismálum, og var sú stefnumótun lögð fram á fyrsta fundi stefnumótunarnefndar heilbrigðisráðherra.
- Geðverndarfélag Akureyrar hefur með ýmsum hætti reynt að ná til fólks með fyrirlestrum, opnu húsi, ráðgjöf o.fl. (9.4).

- Í kafla 10.2 segir að rannsóknir hafi sýnt fram á betri árangur í meðferðarstarfi þegar fjölskyldan er höfð með í ráðum.

2.4.3 Tillögur

Til að styrkja þessa þróun aukinna áhrifa sjúklinga á þjónustuna og beina henni inn á brautir þar sem það myndi auka gæði og skilvirkni þjónustunnar, er mikilvægt að gera langtímaáætlun um aukin áhrif sjúklinga á öllum stigum, frá sjálfshjálparhópum upp í löggjafarstig. Kostnaðurinn við að bæta þjónustuna með þessum hætti er nánast enginn. Koma má á formlegum áhrifum sjúklinga við stjórnun geðdeilda með setu fulltrúa þeirra í stjórnnum og með fulltrúum sjúklinga í stjórnarnefndum sjúkrahúsanna. Í daglegu, klínísku starfi má hafa sjúklinga og aðstandendur meira með í ráðum við setningu vinnureglna og leiðbeininga. Mikilvægt er að meðferðaraðilar beri virðingu fyrir sjúklingnum og viðhorfum hans og honum verði gert kleift að ná bata með reisn.