

Utbildning och dödlighet bland personer som slutenvårdats för schizofreni eller depression i Sverige

Sara Fritzell, Hillevi Busch, Örjan Hemström

Sara Fritzell, medicine doktor, utredare, Enheten för psykisk hälsa och suicidprevention, Folkhälsomyndigheten, Solna. E-post: sara.fritzell@folkhalsomyndigheten.se

Hillevi Busch, filosofie doktor, utredare, Enheten för psykisk hälsa och suicidprevention, Folkhälsomyndigheten, Solna, E-post: hillevi.busch@folkhalsomyndigheten.se

Örjan Hemström, docent, utredare, Folkhälsomyndigheten, Solna, E-post: Orjan.Hemstrom@folkhalsomyndigheten.se

Psykisk ohälsa är vanligare bland grupper med lägre socioekonomi, och individer med psykiatriska tillstånd löper högre risk att dö i förtid. Denna studie undersökte om det fanns utbildningsrelaterade skillnader i dödlighet bland personer som slutenvårdats för depression eller schizofreni. Baserat på svenska befolkningsdata och slutenvårdsdata jämförde vi individer som slutenvårdats för schizofreni eller depression med individer utan någon registrerad psykiatrisk diagnos. En 10-årsuppföljning genomfördes utifrån kön, ålder och utbildningsnivå för att beräkna överlevnad och dödlighet i åldrarna 25-75. Mortaliteten var 5 gånger högre bland individer som vårdats för schizofreni och 3,5 gånger högre för individer som vårdats för depression, jämfört med de som inte vårdats för någon psykiatrisk diagnos. De största dödlighetsskillnaderna mellan utbildningsgrupper återfanns bland kvinnor som vårdats för schizofreni.

Poor mental health is more common among lower socioeconomic groups, and individuals with a mental disorder are at higher risk of premature death. We analysed whether there are educational differences in mortality in patients diagnosed with depression or schizophrenia. Individuals receiving inpatient care for these diagnoses were compared to those without any registered psychiatric diagnoses using inpatient and population data. A 10-year follow-up of mortality by sex, level of education, and age were used to calculate measures of survival and mortality between the ages of 25 and 75. We found 5 times higher mortality among inpatient care patients with schizophrenia and 3.5 times higher mortality for patients with depression compared with the general population. The largest mortality differences between educational groups were found among women treated for schizophrenia.

Bakgrund

Psykiatriska tillstånd utgör en stor del av sjukdomsburden världen över. Exempelvis är depression den sjukdom som bidrar mest till funktionsnedsättning i Sverige (1). Psykiatriska tillstånd kan drabba alla, men risken är högre i socioekonomiskt utsatta grupper (2).

Psykiatriska tillstånd kan försvåra eller försena etableringen på arbetsmarknaden. Många förblir långtidssjukskrivna eller arbetslösa, vilket leder till lägre livsinkomst. Vidare löper personer som slutenvårdats i psykiatri högre risk än andra att dö i förtid (3, 4). Den förhöjda dödligheten kan inte förklaras av suicid eller andra yttre dödsorsaker (5). Alternativa förklaringar kan vara skillnader i livsvillkor och levnadsförhållanden, men även i levnadsvanor så som rökning, alkoholkonsumtion, matvanor och fysisk aktivitet (6). Vissa psykiatriska tillstånd är också relaterade till metabola syndrom som ökar risken för diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar, risker som ytterligare kan förstärkas av läkemedelsbiverkningar (7, 8). Andra förklaringar relaterar till vård. Bland annat riskerar personer med psykiatriska tillstånd att få bristfällig behandling för somatiska sjukdomar, vilket kan resultera i fortsatt sämre hälsa och kortare livslängd (9).

En studie har visat att skillnader i dödlighet mellan de som har psykiatriska tillstånd och övriga befolkningen har ökat (4). Sambandet är mest utforskat för schizofreni, men studier visar även överdödlighet bland personer med depression (3). En dansk studie fann en tydlig överdödlighet för tio olika psykiatriska diagnosgrupper jämfört med övriga befolkningen (10). En uppföljning av patientregister i Danmark, Sverige och Finland fann betydande skillnader i medellivslängd för fyra olika psykiatriska diagnosgrupper i samtliga länder (11). Kvinnor och män med psykiatriska tillstånd hade cirka 15 respektive 20 års kortare livslängd än kvinnor och män i befolkningen.

Utifrån det nationella folkhälsomålet att minska de sociala skillnaderna i hälsa inom en generation är det angeläget att öka kunskapen om sociala skillnader inom diagnosgrupper, t.ex. vad gäller överlevnad. Syftet med denna studie är att undersöka om det finns socioekonomiska skillnader i dödlighet bland personer som slutenvårdats för depression eller schizofreni.

Data och metod

Vi genomförde en observationsstudie av personer med minst ett slutenvårdstillsfälle i psykiatri för antingen schizofreni (ICD-10: F20–F29) eller förstämningssyndrom (ICD-10: F30–F39) som huvuddiagnos. Alla som slutenvårdats för någon av dessa diagnoser under perioden 2002 till 2006 inkluderades. Data från patientregistret (PAR, Socialstyrelsen) och befolkningsregistret (RTB, SCB) samkördes för att skapa en jämförelsegrupp bestående av personer som

inte slutenvårdats för någon psykiatrisk diagnos under perioden 2002–2006. Samtliga som ingår i studien var vid studiens start 25–64 år, folkbokförda i Sverige (31 december 2006) och följdes i 10 år (t.o.m. 31 december 2016). Uppgifter om dödsfall och utvandringar hämtades från det historiska befolkningsregistret och uppgifter om utbildningsnivå hämtades från utbildningsregistret.

Dödsrisker uppdelat på kön, utbildningsnivå och ålder användes för att beräkna andel kvarlevande, och antal förlorade levnadsår i en partiell livslängdstabell från 25 till 74,5 års ålder

Livslängdsmått är känsliga för dödsfall som inträffar i unga åldrar. Därför används även standardiserade dödstal med 95-procentiga konfidensintervall enligt Byar's approximation (12). Standardiseringen genomfördes per kön i ettåriga åldersgrupper efter åldersfördelningen i hela den befolkning som ingick i studien.

Resultat

Hög dödlighet bland personer som vårdats för schizofreni och depression

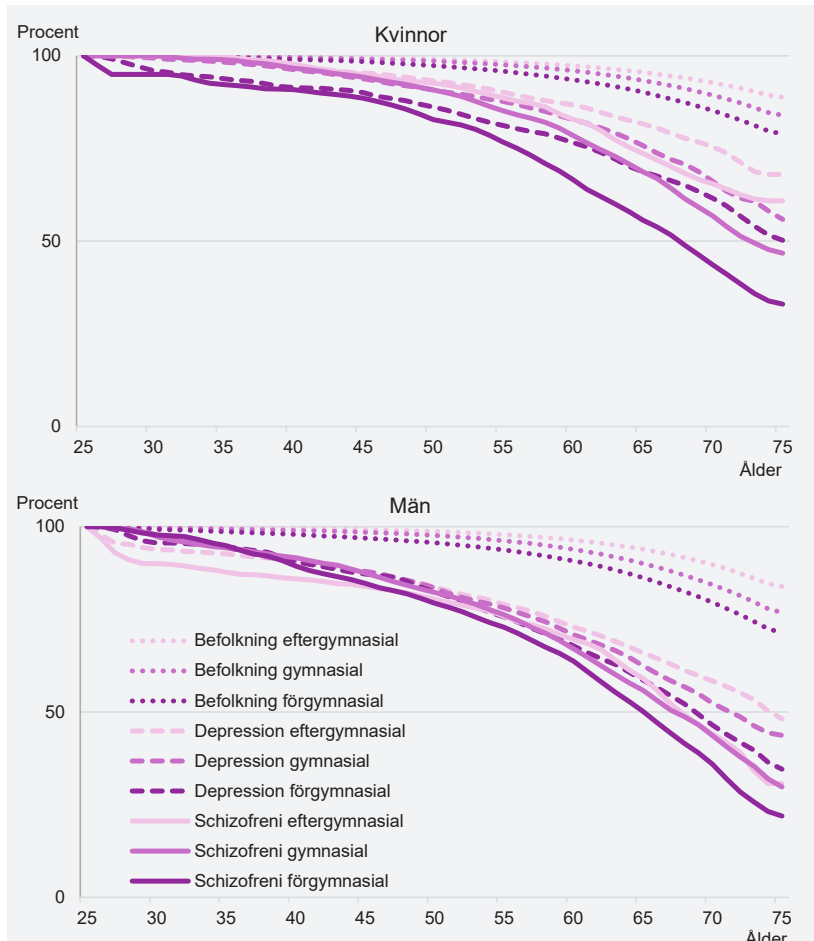
Under perioden 2007–2016 hade gruppen som slutenvårdats för schizofreni drygt fem gånger högre dödstal än jämförelsegruppen. Åldersstandardiserat dödstal för båda könen sammantaget var 1 819 döda per 100 000 i schizofrenikohorten jämfört med 349 i jämförelsegruppen. Gruppen som vårdats för depression hade cirka 3,5 gånger högre dödstal än jämförelsegruppen.

Stora skillnader i överlevnad efter kön och utbildningsnivå

I alla grupper hade kvinnor med eftergymnasial utbildning högst andel som överlevde hela uppföljningsperioden. För kvinnor med eftergymnasial utbildning som vårdats för schizofreni överlevde 61 procent till den högsta åldern i uppföljningen. Motsvarande andelar för kvinnor med gymnasial och förgymnasial utbildning var lägre, 47 respektive 33 procent, se figur 1. Liknande skillnader i överlevnad mellan olika utbildningsnivåer fanns även för depression och för kvinnor i jämförelsegruppen, men med en högre andel kvarlevande i dessa grupper. Bland kvinnor med eftergymnasial utbildning i jämförelsegruppen var 89 procent kvar i livet till den högsta åldern i uppföljningen. För de två grupperna med kortare utbildningsnivå var andelen 84 respektive 79 procent.

För män som vårdats för schizofreni fanns ingen skillnad i överlevnad mellan de med eftergymnasial och gymnasial utbildning. Andelen kvarlevande till den högsta åldern i uppföljningen var cirka 30 procent i båda grupperna. För män med enbart förgymnasial utbildning var andelen överlevande däremot lägre, 22 procent. Mellan utbildningsgrupperna var skillnaderna i överlevnad efter utbildningsnivå jämförbara för både kvinnor och män.

Figur 1. Andel kvarlevande i olika åldrar efter kön, sjukdomsgrupp och utbildningsnivå.



Andel kvarlevande kvinnor och män i åldern 25–74,5 år bland de som slutenvårdats för depression eller schizofreni, samt den övriga befolkningen. Grupperna är indelade efter utbildningsnivå och dödlighet avser samtliga dödsorsaker under perioden 2007 – 2016.

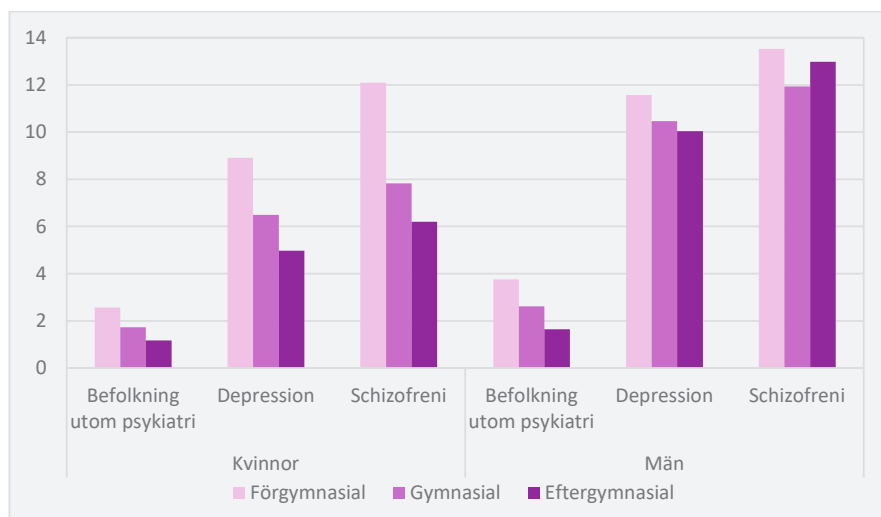
Många förlorade levnadsår

Skillnad i överlevnad kan också beskrivas i termer av antal förlorade levnadsår. Det betyder i den här studien antalet levnadsår som förloras mellan 25 och 74,5 års ålder. Störst skillnad mellan utbildningsnivåerna fanns bland kvinnor. Bland kvinnor med förgymnasial utbildning som vårdats för schizofreni var antalet förlorade levnadsår i genomsnitt 12 medan de var 8 och 6 år för de som hade gymnasial respektive eftergymnasial utbildning (figur 2). Bland män som vårdats för schizofreni förlorades 12–14 levnadsår i de olika utbildningsgrup-

perna. Några få dödsfall bland de yngsta männen med schizofreni och eftergymnasial utbildning bidrar till många förlorade levnadsår i denna grupp (se figur 1). Det gör att skillnaderna i förlorade år mellan utbildningsgrupperna för de med schizofreni var mindre bland män än bland kvinnor.

Män som slutenvårdats för depression hade mellan 10 och 12 förlorade levnadsår. Män med förgymnasial utbildning hade flest och män med eftergymnasial utbildning hade minst förlorade år. För kvinnor med depression var antalet förlorade år färre än för män, men skillnaderna mellan utbildningsnivåerna var större (se figur 2).

Figur 2. Antal förlorade år efter kön, sjukdomsgrupp och utbildningsnivå.



Antal förlorade år bland kvinnor och män som slutenvårdats för schizofreni eller depression, samt i jämförelsegruppen. Grupperna är indelade efter utbildningsnivå och dödlighet avser samtliga dödsorsaker under perioden 2007–2016.

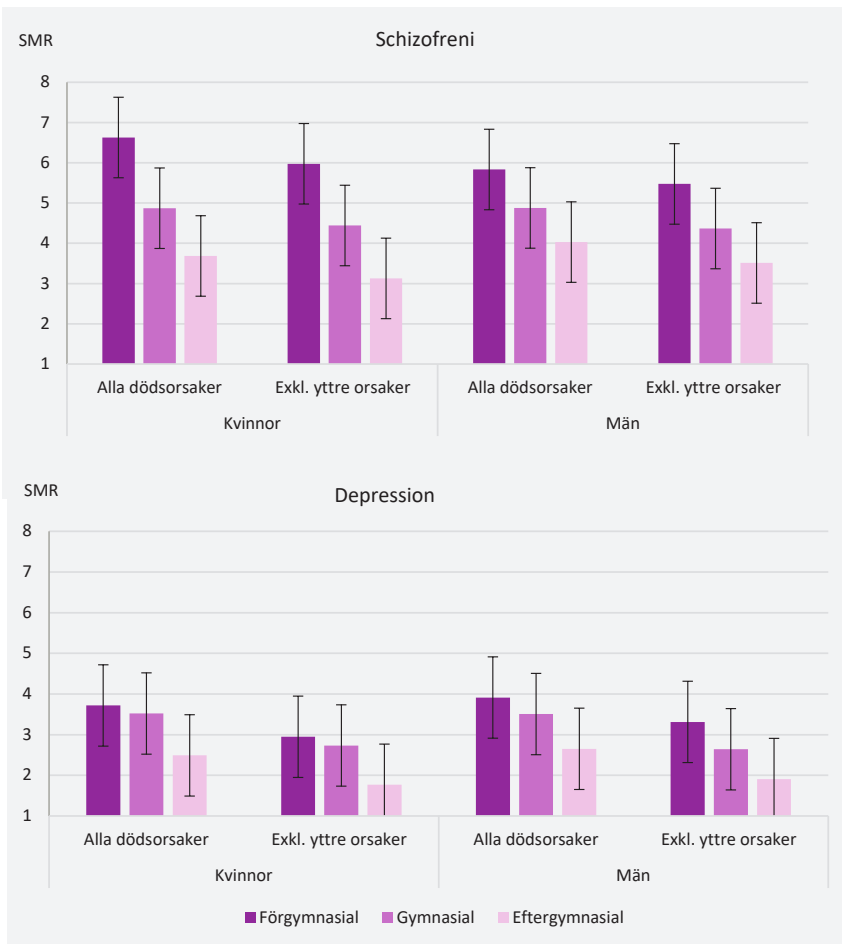
I jämförelsegruppen förlorade kvinnor 1,7 levnadsår med en variation från 1,2 år för de med eftergymnasial utbildning till 2,6 år för de med förgymnasial utbildning. För män i jämförelsegruppen var antalet förlorade år 2,5 år med en variation mellan 1,6 och 3,8 år i grupperna med efter- respektive förgymnasial utbildning.

För de som vårdats för schizofreni hade kvinnor 6,9 och män hade 10,1 förlorade år. Samma förhållande gäller för depression. Män med depression förlorade åtta fler år jämfört med män utan någon känd diagnos. För kvinnor med depression var skillnaden mot jämförelsegruppen mindre, knappt fem fler förlorade år.

Förhöjda dödstal även utan självmord och skador

Den förkortade livslängden för personer som vårdats för schizofreni och depression beror delvis på högre dödstal i självmord och andra yttre skadeorsaker, men överdödligheten i grupperna med schizofreni och depression är nästan lika hög oavsett om yttre dödsorsaker exkluderas eller inkluderas. Det var tydliga skillnader i åldersstandardiserade dödstal mellan utbildningsnivåerna för båda könen. Skillnader i dödstal mellan utbildningsnivåerna är särskilt stora i gruppen som vårdats för schizofreni, se figur 3.

Figur 3. Standardiserade dödstal (SMR) efter psykisk sjukdom, dödsorsak, kön och utbildningsnivå jämfört med dödstalen i hela befolkningen.



Vårdade enligt Socialstyrelsens patientregister 2002–2006 och dödlighet 25–74,5 år i samtliga dödsorsaker samt dödsorsaker exklusive yttre orsaker till sjukdom och död 2007–2016.

Även gruppen med gymnasieutbildning har överlag högre dödlighet än de med eftergymnasial utbildning. För depression är skillnaderna något mindre. Skillnaden mellan grupperna med förgymnasial och gymnasial utbildning var inte signifikant för kvinnor i någon av dödsorsakerna och för män signifikant bara när de externa dödsorsakerna var exkluderade. För depression är det relativt låga dödstalet i gruppen med eftergymnasial utbildning tydligast.

Diskussion

Resultatet visar att dödligheten är högre i grupper som slutenvårdats för schizofreni och depression jämfört med den övriga befolkningen. Det är i linje med tidigare studier om förhöjd dödlighet vid psykos, schizofreni och vissa andra psykiatriska diagnoser (3, 13). Vidare såg vi skillnader i dödlighet mellan diagnosgrupperna, könen och olika utbildningsnivåer.

Att kvinnor har högre medellivslängd än män är känt. I Sverige är dock skillnaderna i medellivslängd större mellan olika utbildningsnivåer än mellan könen (14). Flest förlorade år bland kvinnor hade de som vårdats för schizofreni, där de med förgymnasial utbildning hade 6 fler förlorade år än de med eftergymnasial utbildning. För män med schizofreni var antalet förlorade år ungefär lika högt oberoende av utbildningsnivå. I gruppen män med schizofreni och eftergymnasial utbildning inträffade flera dödsfall i unga åldrar, vilket starkt påverkar antalet förlorade år i gruppen. Detta skulle kunna förklara att skillnaderna mellan utbildningsgrupperna var mindre för män än kvinnor som vårdats för schizofreni.

Män har generellt högre förekomst av beroendeproblematik än kvinnor, vilket kan leda till sämre levnadsförhållanden, isolering och högre utsatthet för somatiska sjukdomar t.ex. HIV och hepatit. Detta är något som skulle kunna öka risken för tidiga dödsfall bland män med schizofreni. I Sverige har det även uppmärksamats att personer med samsjuklighet är extra utsatta, inte minst beroende på vårdens organisation, där vårdansvaret för patienterna ofta är otydligt (9).

Våra analyser visade att överdödligheten kvarstår även då yttre dödsorsaker, t.ex. suicid exkluderas. Det har också visats i andra studier (9, 10, 11).

Med måttet standardiserat dödstal framträdde tydliga skillnader efter utbildningsnivå bland både kvinnor och män med schizofreni och depression. För schizofreni var dessa skillnader större för kvinnor än för män.

För både kvinnor och män som slutenvårdats för depression verkar det finnas en skyddande effekt av högre utbildningsnivå. En del av dessa skillnader i överlevnad kan dock sannolikt hänföras till skillnader i levnadsvanor och levnadsförhållanden (15, 16). Även skillnader i hälsolitteracitet skulle kunna påverka. Högre utbildningsnivå har t.ex. samband med bättre behandlingsresultat vid cancerdiagnos uttryckt som överlevnad (17). Det kan bland annat bero på att de med högre utbildningsnivå i högre utsträckning deltar i screening, får bättre

behandling eller är mer följsamma under behandlingen, vilket leder till bättre behandlingsresultat. Det kan också vara så att konsekvenserna av allvarlig sjukdom blir svårare för de med lägre utbildningsnivå (15). Troligen är också samsjukligheten i gruppen större. Det kan till exempel visas med att andelen som har långvariga hälsobesvär som medför aktivitetsnedsättning är betydligt högre i gruppen med lägst jämfört med högst utbildningsnivå (18).

Sammantaget finns flera faktorer som kan bidra till de stora skillnaderna i överlevnad i grupper med olika utbildningsnivå när det gäller schizofreni och depression. Här krävs riktade insatser inom flera områden för att förbättra överlevnaden, särskilt bland de med förgymnasial utbildning. Här behövs även studier som undersöker skillnader mellan utbildningsgrupper vad gäller förebyggande och behandlande insatser, vård och eventuell underbehandling av somatiska sjukdomar.

Referenser

1. Agardh E, Danielsson A-K, Guban P, et al. Hälsoutvecklingen i Stockholm bättre än i övriga landet – Jämförelse av hälsoläget utifrån globala sjukdomsbördeprojektet. *Läkartidningen*, 2018;115:EWWH.
2. Ojämligheter i psykisk hälsa. Kunskapsmanställning. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, 2018.
3. Öppna jämförelser 2014. Jämlik vård. Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.
4. Hayes J, Marston L, Walters K, et al. Mortality gap for people with bipolar disorder and schizophrenia: UK-based cohort study 2000–2014. *The British Journal of Psychiatry*, 2017; 211: 175–181.
5. Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni: indikatorer och underlag för bedömningar. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.
6. Scott D, Happell B. The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 2011; 32: 589–597.
7. Penninx B, Lange S. Metabolic syndrome in psychiatric patients: overview, mechanisms, and implications. *Dialogues clin neurosci*, 2018; 20: 63-73.
8. Pillinger T, Beck K, Gobjila C, et al. Impaired glucose homeostasis in first-episode schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 2017; 74: 261–269.
9. Torgerson J, Risö Berglind L. Markant somatisk översjuklighet vid allvarlig psykisk sjukdom. *Läkartidningen*, 2018; 115:1–4.
10. Plana-Ripoll O, Bøcker Pedersen C, Agerbo A, et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorder: a nationwide, register-based cohort study. *The Lancet*, 2019; 394: 1827–1835.
11. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *Plos One*, 2013; 8: e55176.

forskning och teori

12. Breslow N, Day N. Statistical methods in cancer research. Volume II — The design and analysis of cohort studies. Lyon: International Agency for research on Cancer, IARC Scientific Publications No. 82, 1987.
13. Westman J, Eriksson S, Gissler M, et al. Increased cardiovascular mortality in people with schizophrenia: a 24-year national register study. *EPS*, 2018; 27: 519–527.
14. Livslängden i Sverige. Livslängdstabeller för riket och länen. Stockholm: Statistiska centralbyrån, Demografiska rapporter 2016:4.
15. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag och för ett långsiktigt arbete för en jämlik hälsa. Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa, SOU 2017:47.
16. Hayward M, Hummer R, Sasson I. Trends and group differences in the association between educational attainment and U.S. mortality: Implications for understanding education's causal influence. *SSM*, 2015; 127: 8–18.
17. Ojämn villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.
18. Skilda världar? Det demografiskt delade Sverige. Stockholm: Statistiska centralbyrån, Demografiska rapporter 2018: 2.