
Förväntad livslängd och tillgång till hälsovårdstjänster för personer med beroendesyndrom

KRISTIAN WAHLBECK

Ojämlighet i hälsa är ett stort folkhälsoproblem. Den förväntade medellivslängden för personer med olika typer av allvarlig psykisk ohälsa i Norden är 15–20 år kortare än i befolkningen överlag. Överdödligheten i olika kroppssjukdomar är 2–3-faldig för psykiatriska patienter. Män med alkoholproblem är speciellt utsatta, och klyftan i förväntad livslängd mellan dem och den övriga befolkningen har vidgats. Samtidigt visar data på stora problem i tillgången till hälso- och sjukvård för personer med missbruk. Trots en dubblerad dödlighet i koronarsjukdomar, i jämförelse med den allmänna nivån, utförs i denna grupp färre revaskulariseringar än i övrigt. Den ökande klyftan i förväntad livslängd mellan personer med beroendesyndrom och den övriga befolkningen är ett misslyckande för både missbrukarvården och den nationella alkoholpolitiken.

Inledning

Förväntad livslängd är mått på folkhälsan. I alla EU-länder förbättras folkhälsan, och den förväntade medellivslängden växer. I ett globalt perspektiv är det endast Japan, Australien, norra Medelhavsregionen och Kanada som kan uppvisa en längre medellivslängd än de nordiska länderna. I de nordiska länderna varierar medellivslängden mellan 79 (Danmark) och 82 år (Island) (1).

Ur ett folkhälsoperspektiv är det inte bara befolkningens medellivslängd som är av intresse, utan även hur den ökande livslängden fördelas mellan olika grupper i samhället.

FÖRFATTAREN

Kristian Wahlbeck är docent i psykiatri vid Tammerfors universitet och sedan 2012 utvecklingsdirektör vid Föreningen för mental hälsa i Finland. Han har tidigare arbetat bl.a. som seniorrådgivare på Världshälsoorganisationens Europakontor och som forskningsprofessor vid Institutet för hälsa och välfärd (THL).

Ojämlighet i hälsa avspeglas som stora skillnader i förväntad livslängd. Även i Finland verkar god hälsa vara kopplad till längd, vilket tyder på faktorer som främjar växt under barndomen är av betydelse (2).

I Finland har socioekonomiska faktorer en allt större inverkan på medellivslängden, i synnerhet för män. Klyftan i livslängd har ökat mellan olika inkomstgrupper i Finland sedan 1980-talet (3, 4). Den förväntade livslängden för män i den lägsta inkomstkvintilen är 12,5 år lägre än i den högsta inkomstkvintilen (5). Den växande hälsoklyftan visar att vårt hälsovårdssystem har grundläggande problem att nå de som har det största behovet av hälsovårdstjänster. En bidragande orsak till den ökande ojämlikheten är ökningen av alkoholrelaterade dödsfall i den lägsta inkomstkvintilen (5).

Under senare år har studier (6) visat att den psykiska hälsan står för en stor ojämlikhet i medellivslängden. Den förväntade livslängden för personer med allvarlig psykisk ohälsa i Norden är 15–20 år kortare än i befolkningen överlag. Klyftan i livslängd är större för män med psykisk ohälsa än för kvinnor.

Suicidrisken är avsevärt förhöjd bland psykiatriska patienter, men lejonparten av överdödligheten kan förklaras med sjukdomsdöd-

lighet. Överdödligheten i kroppssjukdomar är 2–3-faldig för psykiatriska patienter, trots att patienter med hjärnorganiska syndrom (t.ex. utvecklingsstörning och demenssjukdomar) med förhöjd mortalitet utesluts ur analyserna (6). Orsakerna till psykiatriska patienters överdödlighet i kroppsliga sjukdomar är till stor del okända, men i samband med reformerna av mentalvården har en viss minskning av klyftan i förväntad livslängd skett i Finland för psykiatripatienterna överlag (6). Såväl i Finland som utomlands har dödligheten på psykiatriska sjukhus varit mycket hög, och dödligheten förväntas minska när den psykiatriska vården flyttar ut i samhället och patienterna integreras i den allmänna hälso- och sjukvården.

Den förväntade livslängden hos personer med beroendeproblem är en viktig kvalitetsindikator på den vård som de erbjuds. Det är därför av vikt att utreda den förväntade livslängden och att följa hur den utvecklas i denna utsatta grupp.

Förväntad livslängd för personer med beroendeproblem

Westman m.fl. (7) publicerade 2011 en analys om hur den förväntade livslängden utvecklats bland grupper med psykisk ohälsa i Finland. Registerstudien population bestod av 341 360 personer, som antingen vårdats på psykiatrisk avdelning eller beviljats invalidpension av psykiatriska orsaker. Därefter länkades studiepopulationen till Statistikcentralens dödsorsaksregister. Överlag uppvisade män med psykiatrisk bakgrund en förväntad livslängd som var sexton år kortare än den manliga be-

folkningens medellivslängd, medan kvinnornas förväntade livslängd var elva år kortare än kvinnornas livslängd i allmänhet. När utvecklingen i förväntad livslängd efter 1980 jämfördes mellan grupperna av personer med psykisk ohälsa, visade det sig att den förväntade livslängden för personer med psykossjukdomar, stämningssyndrom och neurotiska syndrom trots allt ökat, medan den förväntade livslängden för personer med beroendesyndrom minskat sedan början av 1980-talet.

En närmare granskning av den förväntade livslängden bland personer som behandlats på sjukhus för alkoholproblem som huvud- eller bidiagnos (Tabell I) visar att dödligheten är tre gånger större än förväntat bland personer med alkoholproblem. Risken är förhöjd för död i sjukdom, och dramatiskt förhöjd för icke-naturliga dödsorsaker. Ändå har den förväntade livslängden ökat även för personer med alkoholproblem, men trots det har män med alkoholproblem halkat efter och klyftan i förväntad livslängd har ökat bland männen.

Herttu m.fl. har i sina studier (8, 9) fokuserat på sambandet mellan alkoholrelaterad dödlighet och sänkningen av alkoholpriserna år 2004. Efter prissänkningen steg de alkoholrelaterade dödsfallen med 16 procent bland män och med 31 procent bland kvinnor. Låginkomsttagare, arbetslösa och andra sårbara grupper drabbades hårdast av prissänkningen och uppvisade den största mortalitetsökningen. Ökningen begränsade sig till de som var 35 år eller äldre; hos yngre åldersgrupper sågs ingen ökad alkoholdödlighet efter prishöjningen.

De senaste decennierna har mentalvården i Finland karakteriserats av större satsning på

Tabell I. Alkoholkonsumtionen i befolkningen och den förväntade livslängden i 15 års ålder för personer som behandlats för alkoholproblem 1987–2006.

	1987–1991	1992–1996	1997–2001	2002–2006
Alkoholkonsumtion (liter absolut alkohol/person)	9,2	8,4	8,7	9,7
Män				
Män med alkoholproblem, förväntad livslängd (år)	46,8	46,4	46,8	48,3
Förväntad livslängd i befolkningen (år)	71,7	73,1	74,5	75,8
Klyftan i förväntad livslängd (år)	24,9	26,8	27,7	27,5
Kvinnor				
Kvinnor med alkoholproblem, förväntad livslängd (år)	52,7	52,4	54,3	56,4
Förväntad livslängd i befolkningen (år)	79,7	80,7	81,7	82,6
Klyftan i förväntad livslängd (år)	27,0	28,3	27,4	26,2

Tabell II. Dödlighet i och behandling för koronarsjukdomar bland personer i åldern 40–89 år med alkoholdiagnos (16).

Åldersgrupp	40–49 år	50–59 år	60–69 år	70–79 år	80–89 år	Alla
Relativ mortalitetsrisk (95 % konfidensintervall)	3,59 (3,10–4,16)	3,54 (3,28–3,81)	2,73 (2,55–2,93)	1,59 (1,47–1,71)	0,89 (0,79–0,99)	2,03 (1,95–2,10)
Relativ risk för sjukhusvård för koronarsjukdom (95 % konfidensintervall)	2,20 (2,07–2,35)	1,65 (1,59–1,72)	1,40 (1,35–1,46)	1,12 (1,07–1,17)	0,96 (0,88–1,04)	1,41 (1,38–1,45)
Relativ risk för revas-kularisering (95 % konfidensintervall)	1,36 (1,21–1,53)	1,01 (0,94–1,09)	0,73 (0,67–0,80)	0,57 (0,50–0,65)	0,82 (0,51–1,33)	0,86 (0,82–0,90)

öppenvård, större förskrivning av antidepressiva läkemedel, större kunskap bland befolkningen om psykisk ohälsa och mindre stigmatiserande attityder mot personer med psykisk ohälsa (10). Denna utveckling av mentalvården går hand i hand med en ökad förväntad livslängd bland de flesta psykiatripatienter. I kommuner med väl utvecklad psykiatrisk öppenvård begås det mindre självmord än i kommuner som satsar på psykiatrisk vård på institutioner (11). Däremot verkar inte personer med beroendesyndrom att ha gynnsamt av utvecklingen. Utvärderingen av vilken betydelse utvecklingen av mentalvården haft för personer med beroendesyndrom kompliceras av att finländarnas genomsnittliga alkoholkonsumtion har ökat kraftigt under observationsperioden.

Tillgång till vård för personer med beroendeproblem

Överdödligheten bland personer med psykisk ohälsa är antagligen multifaktoriell. Dels står den i samband med ohälsosamma livsvanor (ohälsosammare matvanor, brist på motion och rökning) (12), men allt mer data tyder även på att bristande tillgång till hälsovårdstjänster utgör en bidragande orsak. (13) På mottagningen kan patientens fysiska sjukdomar lätt hamna i skuggan av mera påträngande psykiska problem och beteendeproblem. Olika barriärer bildar hinder för att söka vård. Ekonomiska barriärer spelar en betydande roll (14), men även stigma förknippat med alkoholproblem utgör ett hinder. Stigma och skam leder till att personen drar sig för att söka behandling och de kan även ligga bakom oprofessionella negativa attityder bland läkare

och övrig vårdpersonal gentemot personer med alkoholproblem. Alkoholism är en av de mest stigmatiserade formerna av psykisk ohälsa (15). Stereotypa föreställningar om dålig behandlingsfölsamhet och moraliserande ståndpunkter underminerar vårdkvaliteten och bidrar till marginaliseringen av personer med alkoholdiagnoser.

Manderbacka m.fl. (16) rapporterar om tillgången till revaskularisering vid krans-kärlssjukdom bland män och kvinnor med alkoholproblem i Finland. Personer med alkoholdiagnoser identifierades via vårdanmälningsregistret Hilmo, som länkades till Statistikcentralens dödsorsaksregister. Personer med alkoholdiagnoser uppvisade tvåfaldig kardiovaskulär dödlighet jämfört med normalbefolkningen (Tabell II). Dödligheten var större än hos andra grupper av psykisk ohälsa (16). Personer med alkoholdiagnos behandlas oftare på sjukhus för krans-kärls-sjukdom än den övriga befolkningen, men inte i så hög grad som dödlighetstalen skulle förutsätta. Antalet revaskulariseringar som genomförs är i klar diskrepans till behovet, och är statistiskt signifikant lägre än den allmänna revaskulariseringsprevalensen i Finland (RR 0,86; 95 % konfidensintervall 0,82–0,90) (Tabell II). Talen ger anledning att befara att personer med alkoholproblem selektivt underbehandlas i hälso- och sjukvården, och att det finns problem såväl i tillgången till vård som i behandlingens kvalitet för denna utsatta grupp.

Liknande resultat har erhållits i studier utomlands. Kisely m.fl (17) har rapporterat en snarlik grad av underbehandling av koronarsjukdom hos personer med drogproblem i Nova Scotia, Kanada, och Lawrence m.fl.

(18) har rapporterat en liknande brist på sjukhusintagningar och revaskulariseringar i västra Australien.

Registerdata i Finland är av utmärkt kvalitet (19) och gör det möjligt att analysera vårdtillgänglighet och dödlighet inte bara på populationsnivå, utan även för olika grupper av patienter. Data avslöjar emellertid inte om den bristande tillgången till somatisk vård för personer med alkoholproblem beror på bristande efterfrågan eller bristande utbud. Bristande efterfrågan kan bero på att personer med alkoholproblem undviker att söka behandling. Bristande utbud kan i sin tur bero på svårigheter i hälso- och sjukvården med att identifiera somatiska hälsoproblem och bedöma hur allvarliga de är eller på omedveten eller medveten diskriminering av personer med alkoholproblem i tillgången till behandling. Oavsett om bristen på behandling bottnar i problem med efterfrågan eller problem med utbud, är stigma sannolikt en gemensam faktor (20). Självstigmatisering och negativa erfarenheter från vården hindrar personer med alkoholproblem att söka vård, och stigma inom vården försämrar vårdkvaliteten (21).

Konklusion

I Finland har polariseringen i distributionen av hälsa ökat, vilket visar sig som en ökad klyfta i den förväntade livslängden mellan utsatta grupper och den övriga befolkningen. Forskning visar att livslängden i en av samhällets mest utsatta grupper, män med alkoholberoende och andra alkoholproblem, inte utvecklats lika gynnsamt som medellivslängden i Finland. Fyndet avspeglar en ökade samhällslig polarisering och hälso- och sjukvårdens

oförmåga att betjäna särskilt utsatta grupper.

Forskningen visar även på en betydande samsjuklighet. Psykisk ohälsa följs åt av fysiska sjukdomar. Psykisk och fysisk samsjuklighet är kopplad till socioekonomisk ställning. I utsatta socioekonomiska miljöer är samsjukligheten mer allmän (22), och fysiska sjukdomar, psykisk ohälsa, missbruk och sociala problem bildar ett intrikat problemkomplex som hälso- och sjukvården ofta saknar vilja och förmåga att åtgärda.

I de flesta kommuner är missbrukarvården administrativt sett en del av socialvården. Den minskande livslängden bland personer med beroendeproblem visar på ett starkt behov av hälsovårdsinsatser såväl inom hälsofrämjande verksamhet som inom diagnos och behandling av fysisk samsjuklighet. Detta kräver en förbättrad integration av hälsovård och missbrukarvård, vilket även efterlyses i den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete ("Mieli 2009") (23).

Julian Tudor Harts fyrtio år gamla beskrivning av den omvända vårdlagen (24) är tyvärr fortfarande mycket relevant i Finland. Ju större individens behov av vård är, desto sämre är tillgången till vård. Hälsovården i Finland har misslyckats i att värna om jämlikheten i hälsa, och nya integrerande arbetsmetoder och genomgripande reformer av finansieringen och organisationen av hälsovården är nödvändiga för att säkra tillgången till vård för de mest utsatta grupperna i samhället.

Kristian Wahlbeck

Föreningen för mental hälsa i Finland

Magistratsporten 4 A

00240 Helsingfors

kristian.wahlbeck@famh.fi

Summary

Life expectancy and health care access of individuals with substance use problems

Health inequalities are a major challenge for Finnish health care. The life expectancy of those with severe mental disorders is 15–20 years less than the average. A 2- to 3-fold excess mortality is due to disease, and is even higher for unnatural causes of death. Since the mid-1980s, the gap in life expectancy for men with alcohol use disorders has increased, as compared with that of the general population and from 2002 to 2006 amounted to 27.5 life years. This gap in life expectancy is related to an increasing polarisation in distribution of health in Finland and to problems in access to health care. Despite their two-fold mortality due to coronary disease, those with alcohol-use disorders have on average less access to coronary revascularisation. This problem indicates the failure of Finnish health and alcohol policy to reduce health inequalities. Health-care reform is urgently needed.

Referenser

1. Världshälsoorganisationen. Global Health Observatory Data Repository. Tillgängligt: apps.who.int/ghodata
2. Barker D, Kajantie E, Osmond C, Thornburg KL, Eriksson JG. How boys grow determines how long they live. *Am J Hum Biol* 2011;23(5):412–416.
3. Tarkiainen L, Martikainen P, Laaksonen M. The changing relationship between income and mortality in Finland, 1988–2007. *J Epidemiol Comm Health*, Jun 15 (Epub), 2012.
4. Shkolnikov VM, Andreev EM, Jdanov DA, Jasilionis D, Kravdal Ø, Vägerö D, Valkonen T. Increasing absolute mortality disparities by education in Finland, Norway and Sweden, 1971–2000. *J Epidemiol Community Health* 2011;66(4):372–378.
5. Tarkiainen L, Martikainen P, Laaksonen M, Valkonen T. Trends in life expectancy by income from 1988 to 2007: decomposition by age and cause of death. *J Epidemiol Comm Health* 2012;66(7):573–578.
6. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Munk Laursen T. Outcomes of Nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders in Denmark, Finland and Sweden 1987–2006. *Br J Psychiatry* 2011;199:453–458.
7. Westman J, Gissler M, Wahlbeck K. Successful deinstitutionalization of mental health care: increased life expectancy among people with mental disorders in Finland. *Eur J Public Health* 2012;22(4):604–606.
8. Herttua K, Mäkelä P, Martikainen P. Changes in alcohol-related mortality and its socioeconomic differences after a large reduction in alcohol prices: a natural experiment based on register data. *Am J Epidemiol* 2008;168(10):1126–31.
9. Herttua K, Mäkelä P, Martikainen P. An evaluation of the impact of a large reduction in alcohol prices on alcohol-related and all-cause mortality: time-series analysis of a population-based natural experiment. *Int J Epidemiol* 2011;40(2):441–454.
10. Karlsson N, Wahlbeck K. Från reformintention till praxis: Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990. Rapport 24/2010. Helsingfors: THL, 2010. Tillgänglig: urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085037
11. Pirkola S, Sund R, Sailas E, Wahlbeck K. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet* 2009;373:147–153.
12. Kilbourne AM, Morden NE, Austin K m.fl. Excess heart-disease-related mortality in a national study of patients with mental disorders: identifying modifiable risk factors. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31:555–563.
13. Munk Laursen T, Munk-Olsen T, Agerbo E m.fl. Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:713–720.
14. Wahlbeck K, Manderbacka K, Vuorenkoski L, Kuusio H, Luoma M-L, Widström E. Quality and Equality of Access to Healthcare Services. HealthQUEST Country Report for Finland. Reports 1/2008. Helsingfors: Stakes, 2008. Tillgänglig: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194006>
15. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol* 2011;46(2):105–112.
16. Manderbacka K, Arffman M, Sund R, Haukka J, Keskimäki I, Wahlbeck K. How does a history of psychiatric hospital care influence access to coronary care: a cohort study. *BMJ Open* 2:e000831, 2012.
17. Kisely S, Smith M, Lawrence D, et al. Inequitable access for mentally ill patients to some medically necessary procedures. *CMAJ* 2007;176:779–784.
18. Lawrence DM, Holman CD, Jablensky AV, et al. Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980–1998. *Br J Psychiatry* 2003;182:31–36.
19. Munk Laursen T, Nordentoft M, Gissler M, Westman J, Wahlbeck K. Psykiatrisk registerforskning i Norden. En beskrivelse af forskningsmuligheder i psykiatri-relevante registre i Danmark, Sverige og Finland 2010. NHV-rapport 2010:11R. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, 2010.
20. Link BG, Phelan JC. Stigma and its public health implications. *Lancet* 2006;367:528–9.
21. Wahlbeck K, Aromaa E. Research on stigma related to mental disorders in Finland. *Psychiatria Fennica* 2011;42:87–110.
22. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet* 2012;380(9836):37–43.
23. Social- och hälsovårdsministeriet. Plan för mentalvårds- och missbruksarbete. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2009:20. Helsingfors, 2009. Tillgänglig: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8871.pdf
24. Tudor Hart J. The Inverse Care Law. *The Lancet* 1971;297(7696): 405–41