

Af hverju fjölgar öryrkjum með geðraskanir?

Læknarnir Sigurður Thorlacius og Sigurjón B. Stefánsson ásamt Stefáni Ólafssyni rita athyglisverða grein í þetta hefti Læknablaðsins (1). Þeir hafa um árabíl stundað rannsóknir á ýmsum þáttum örorku. Nýgengi og algengi örorku hefur aukist á Íslandi líkt og í öðrum vestrænum löndum. Öryrkjar eru þó hlutfallslega færri hér en í nágrannalöndum og einnig virðist aukningin hafa komið síðar fram. Samanburður milli landa er þó varasamur vegna ólíkra velferðarkerfa.

Árið 1962 voru 4,1% einstaklinga á vinnufærum aldri (16-67 ára) á Íslandi metnir með örorku. Algengi örorku hefur aukist síðan og var 1996 rúm 6% og svipað 2002 (2). Í lok árs 2005 voru 8,0% kvenna á fullri örorku og 5,2% karla, eða um 6,6% fyrir bæði kyn (1, 3).

Hlutur geðraskana í örorku hefur alltaf verið hár en hann hefur aukist hlutfallslega meira en aðrir örorkuþættir á síðustu árum og áratugum. Árið 1962 var geðröskun fyrsta sjúkdómsgreining hjá 19,5% kvenna sem fengu metna örorku í fyrsta sinn. Hjá körlum var hlutfallið 17,4%. Á árabílinu 1999-2003 voru samsvarandi tölur fyrir konur 22% og 26,5% fyrir karla (3).

Árið 1996 var geðröskun fyrsta sjúkdómsgreining hjá 28% kvenna á örorku. Sambærilegt hlutfall fyrir karla árið 1996 var 31%. Árið 2005 var hlutfallið enn hærra, eða 32,8% hjá konum og hvorki meira né minna en 42,6% hjá körlum.

Hvað getur skýrt þessa fjölgun öryrkja með geðraskanir frá 1962? Ástæðurnar eru ekki augljósar.

Ýmislegt bendir til að fólk sé fúsara en áður að leita sér aðstoðar vegna geðsjúkdóma. Geðraskanir eru ekki sama feimnismál og áður. Þá var síður viðurkennt að geðsjúkdómar gætu valdið örorku og þar af leiðandi ýmsir aðrir kvillar skráðir sem orsök örorkunnar. Viðhorfsbreyting hefur smám saman átt sér stað, ekki síst hjá læknum. Þetta gæti verið hluti skýringarinnar.

Samspil við vinnumarkað er greinilegt. Hér á landi hefur atvinnustig lengstum verið mjög hátt. Þess vegna ætti að vera auðvelt fyrir flesta að fá vinnu en álag á vinnumarkaði virðist vaxandi og því erfitt fyrir þá sem standa höllum fæti að fá vinnu við hæfi. Líkt og í öðrum löndum virðist tíðni örorku aukast með auknu atvinnuleysi. Þetta var áberandi hér á landi eftir 1990. En öryrkjum hefur því miður ekki fækkað þó að ástand á vinnumarkaði hafi batnað.

Í umræðum hér á landi og víðar hefur því verið haldið fram að meðferðin sjálf, sérlega geðlyf, stuðli að fjölgun geðsjúkra og hafi örorku í för með sér. Ekki er þetta líkleg skýring, hins vegar hefur bætt lyfjameðferð stuðlað að því að fleiri sjúklingar geta

verið utan sjúkrahúsa án þess að verða vinnufærir og þurfa því á örorkubótum að halda.

Hér hefur algengi geðsjúkdóma ekki aukist undanfarin 20 ár (4). Í rannsókn sem gerð var á ein-kennum geðsjúkdóma árið 1984 og aftur árið 2002 kom í ljós að tíðni geðsjúkdóma breyttist lítið á tímabilinu, en tíðni áfengis- og fíkniefnavandamála jókst til muna. Hugsanlega er hér skýringin á algengari örorku. Rúmlega 10% karla á örorku vegna geðsjúkdóma hafa áfengis- eða fíkniefnagreiningu. Nýleg bandarísk rannsókn sýnir fram á verulega aukningu þunglyndis á síðasta áratug (5). Ef sama aukning kemur fram í öðrum löndum hefur það gífurleg áhrif á þjónustuþörfina og hugsanlega örorku. Þetta er önnur niðurstaða en rannsóknir hér á landi hafa sýnt.

Við sameiningu sjúkrahúsa í Reykjavík fækkaði úrræðum geðdeildar fyrir bráðveika og langveika og úrræði utan sjúkrahúsa hafa ekki verið byggð upp í takt við niðurskurð innan þeirra. Er hugsanlegt að sparnaður á einum stað hafi haft í för með sér enn meiri kostnað annars staðar? Allt þetta og sjálfsagt fleira gæti skýrt aukið hlutfall geðraskana af heildarörorku.

Hvað er hægt að gera? Mikilvægt er að rannsóknir á örorku haldi áfram. Er minna veikt eða heilbrigðara fólk á örorku nú en áður var? Ef svo er, af hverju? Leiða aðrar geðraskanir til örorku nú en áður?

Gera þarf áttak í uppbyggingu á þjónustu fyrir geðsjúka utan og innan stofnana. Margfalda þarf möguleika til starfsþjálfunar og fjölga vernduðum vinnustöðum.

Þeir sem reka fyrirtæki verða að axla meiri ábyrgð og bjóða þeim sem hafa skerta starfsorku upp á fleiri og varanlegri atvinnuúrræði. Læknar þurfa að þekkja alla meðferðarmöguleika og vinna með öðru sérhæfðu starfsfólki þannig að allir leggist á eitt hinum veiku til aðstoðar.

Markmiðið ætti að vera skýrt: Að koma sem flestum út á almennan vinnumarkað og til betra lífs. Enginn vill búa í allsnægtapjóðfélagi þar sem þeim sem standa höllum er fæti ekki vel sinnt.

Heimildir

1. Thorlacius S, Stefánsson SB, Ólafsson S. Algengi örorku á Íslandi 1. desember 2005. Læknablaðið 2007; 93: 13.
2. Thorlacius S, Stefánsson SB. Algengi örorku á Íslandi 1. desember 2002. Læknablaðið 2004; 90: 21-5.
3. Thorlacius S, Stefánsson SB, Ólafsson S. Algengi örorku vegna geðraskana á Íslandi 1992-2003. Læknablaðið 2004; 90: 615-9.
4. Helgason T, Tómasson K, Sigfússon E, Zoëga T. Skimun fyrir algengi geðraskana 1984 og 2002 og ávísanir geðlyfja 1984 og 2001. Læknablaðið 2004; 90: 553-9.
5. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF. Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. Am J Psychiatry 2006; 163: 2141-7.



Tómas Zoëga

tomasz@landspitali.is

The number of psychiatric patients receiving disability compensation is rising. Why?

General Adult Psychiatry and Epidemiology

Chief Psychiatrist and Honorary Senior Lecturer
Division of Psychiatry
Landspítali University Hospital
Hringbraut, 101 Reykjavík
Iceland

Höfundur er geðlæknir á Landspítala