

Vård för psykisk ohälsa under coronapandemin, från pandemins utbrott till slutet av 2021

Sammanfattning

Under pandemin har vården för psykisk ohälsa inom Region Stockholm legat ganska stabilt. En ökning ses inom primärvården för barn och i viss mån vuxna upp till 69 år. Denna ökning av vård för psykiska ohälsa inom primärvården har dock setts under en längre tid, även före pandemin. Framför allt när det gäller barn. När pandemin bröt ut sågs en temporär minskning av andelen personer som var i kontakt med vården. Minskningen komparerades snabbt av att andelen kontakter på distans (telefon- eller videosamtal) ökade, dock inte fullt ut för personer över 70 år i primärvården. Troligtvis kommer distanskontakter fortsätta att utgöra en större andel av vårdkontakterna inom vissa åldersgrupper även efter pandemin. Det är viktigt att säkerställa att en sådan omställning inte skapar ökad ojämlikhet i vården samt att omställning inte sker på bekostnad av vårdens kvalitet.

Bakgrund

Historien har lärt oss att infektionsutbrott och ekonomiska kriser kan leda till ökad psykisk ohälsa (1-3). När coronapandemin var ett faktum i mars 2020 fanns en stor oro för vilka konsekvenser pandemin skulle få på den psykiska hälsan (4, 5). Hösten 2021 publicerades en artikel i den vetenskapliga tidskriften Lancet där forskarna räknade med en kraftig ökning av depression och ångest i världen till följd av pandemin och dess restriktioner, inte minst i Sverige (6). Även om stöddlinjer för psykisk ohälsa har fått fler samtal efter pandemins utbrott (7), SOS Alarm har fått fler samtal som rör risk för suicid (men ökningen sågs redan innan pandemin (8)) och Giftinformationscentralen rapporterar om en ökning av samtal som rör flickor som förgiftat sig (9), så har inte Folkhälsomyndighetens (FHM) mätningar visat någon betydande försämring av befolkningens självskattade psykiska hälsa under pandemins första år (10). FHM:s rapport visar däremot att något fler än tidigare har besvärats av lättare psykiska besvär som oro och sömnbesvär under den senare delen av år 2020 och in på våren 2021. Framför allt sågs detta bland unga personer och kvinnor (10, 11).

Internationell forskning

I studier från Storbritannien tittade man på vårdkontakter för psykiska besvär under pandemin och fann en första kraftig minskning av antalet vårdkontakter både

relaterat till minskat utbud (12) och minskat sökande av vård (13, 12), som sedan återgick till mer väntade nivåer delvis via distanskontakt (13, 12). Eftersom det samtidigt rapporterades om en ökning av självrapporterade psykiska besvär i befolkningen (14, 15), fanns en oro för ett stort mörkertal som inte fick vård (13) och att det efter pandemin skulle finnas ett stort uppdämt behov av vård (5). I en senare studie såg man att den initiala ökningen av självrapporterade psykiska besvär minskade när restriktionerna lättade, med en kvarstående risk för psykiska besvär hos socioekonomiskt utsatta grupper och de som haft en covid-19-infektion (16).

I en sammanställning av internationella studier av pandemins effekt på den psykiska hälsan fram till efter den första smittvågen ser man på liknande vis en viss ökning av psykiska besvär initialt som avtar när restriktionerna lättar (17). Författarna bakom sammanställningen tolkar denna tillfälliga ökning av psykiska besvär som ett mått på befogad stress relaterat till en global kris snarare än en ökning av psykiatriska tillstånd eftersom suicidtalerna eller behovet av psykiatrisk vård inte ökat (17). En grupp som tycks ha drabbats hårt av pandemins restriktioner är de som lider av åttörningar, med både förvärrade symtom och ökat vårdbehov (18).

Covid-19 och psykisk ohälsa i Stockholms län

Region Stockholm har haft ett stort antal covid-19-fall under de olika smittvågorna av pandemin. Våren 2021 tog vaccineringen fart och i februari 2022 togs merparten av restriktionerna bort. Som en del i arbetet med att undersöka pandemins konsekvenser för den psykiska hälsan har CES i en tidigare rapport kartlagt vården för psykisk ohälsa under pandemins inledande skede. Vårdkonsumtion för psykisk ohälsa inom primärvård och specialistvård under perioden mars år 2020 till och med september år 2020 jämfördes med vårdkonsumtionen för psykisk ohälsa under motsvarande tidsperiod år 2019. Det visade sig att vården, efter ett hastigt minskat antal vårdkontakter under cirka två veckor, snabbt ställde om till vård via distanskontakt. Sammanfattningsvis fick marginellt fler vård för psykisk ohälsa under mars–september år 2020 jämfört med år 2019.

I den här rapporten, som är en uppdatering av den tidigare rapporten, kartlägger vi vården för psykisk ohälsa knappt två år in i pandemin fram till och med december 2021.

Material och metod

Materialet är framtaget ur Region Stockholms befintliga vårdregister, de så kallade VAL-databaserna. Vi har använt uppgifter från regionfinansierad öppenvård (OVR) 2019–2021 där även privata vårdgivare som har avtal med regionen inkluderas. Enskilda privatläkare som arvoderas har inte tagits med. Redovisningen baseras på andel individer som har fått vård på psykiatriska kliniker (här inkluderas även neuropsykiatriska utredningar på barnmedicinsk klinik) eller beroendekliniker. Vidare baseras redovisningen på andel individer som har fått vård för psykisk ohälsa inom primärvården, definierat som att ha fått 1) psykiatrisk diagnos (ICD-10 F10-F69, F84, F90-99, Z65, Z73), eller 2) besök hos psykolog, kurator eller psykosocial kontakt eller för årsvisa siffror, 3) förskrivning av antidepressiva läkemedel (N06A), lugnande (N05B), ADHD-läkemedel (N06BA exklusive N06BA07) och läkemedel mot substansbrukssyndrom (N07BB, N07BC).

Genom åren har vissa kliniker ändrat driftform från regiondriven till privat regi. För att göra det möjligt att jämföra över tid redovisas resultaten oavsett driftform. Antalet

personer som är boende i Stockholms län och vårdats inom respektive vårdform relateras till det totala antalet personer boende i Stockholms län under aktuellt år, i aktuell åldersgrupp och kön.

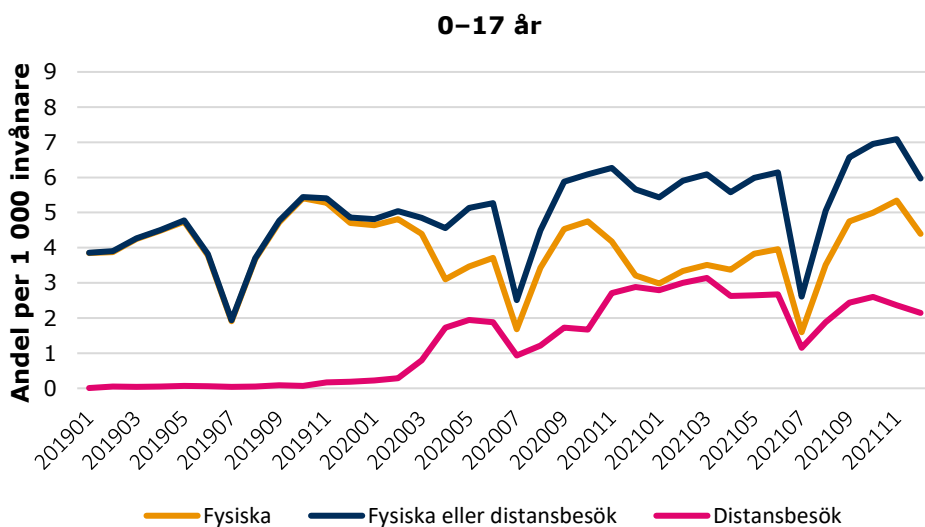
Andelen (per 1 000) personer som gjort ett fysiskt besök eller haft ett personligt distansbesök med vårdgivaren inom respektive vårdform redovisas per månad. Dessutom redovisas andelen personer som under hela kalenderåret haft ett fysiskt besök eller ett distansbesök eller förskrivning av läkemedel inom primärvården.

Resultat

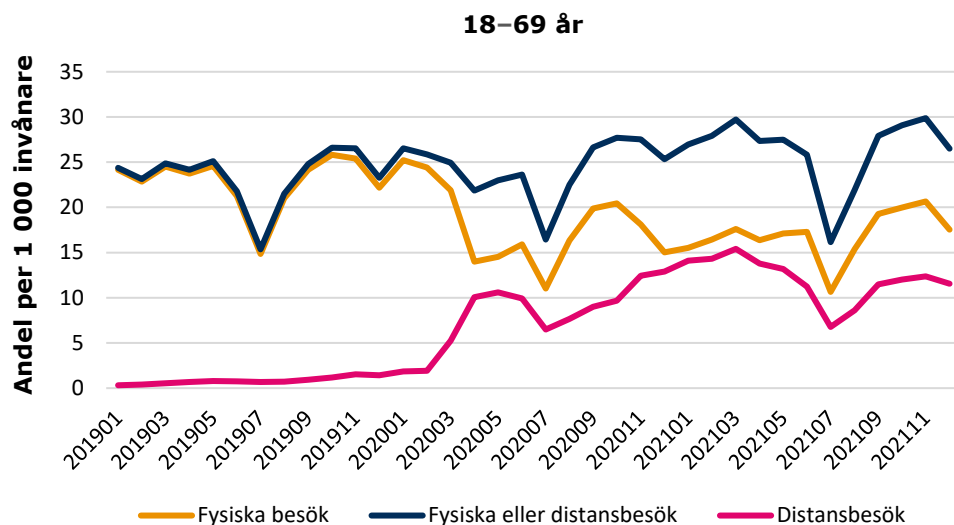
Vi redovisar resultaten uppdelade på vårdformerna: primärvård, specialiserad psykiatrisk vård samt beroendevård. Först presenterar vi resultaten uppdelade i åldersgrupper per månad och sedan per kalenderår. Observera skalskillnader mellan figurer.

Vård för psykisk ohälsa inom primärvården

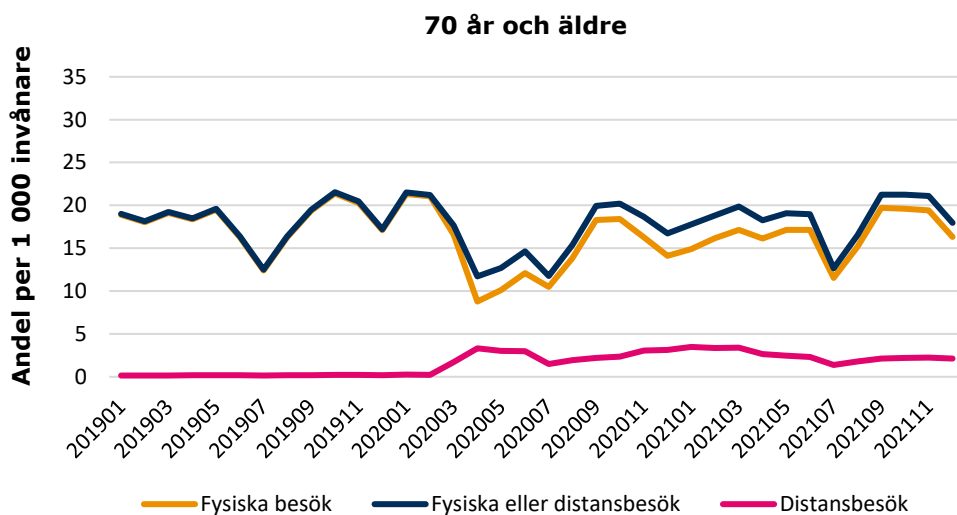
För samtliga åldersgrupper finns en tillfällig nedgång från mars, april år 2020 som kompenseras av distanskontakter (huvudsakligen videosamtal), men inte riktigt för åldersgruppen 70 år och äldre. Det finns också en återkommande nedgång varje sommar som inte kompenseras.



Figur 1a. Andel (per 1 000) invånare 0–17 år med vård för psykisk ohälsa inom primärvård, per månad år 2019–2021. Andel med fysiska besök, fysiska eller distansbesök samt distansbesök.



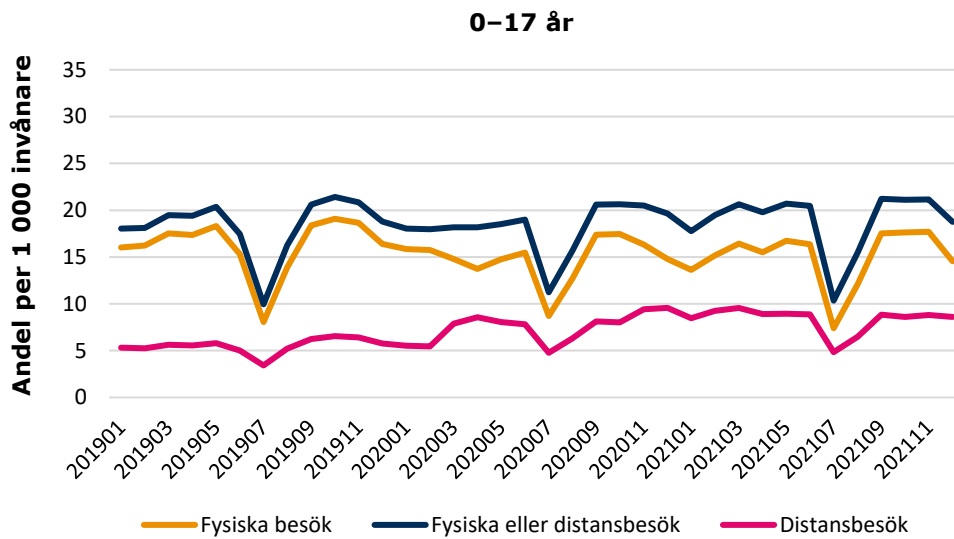
Figur 1b. Andel (per 1 000) invånare 18–69 år med vård för psykisk ohälsa inom primärvård, per månad år 2019–2021. Andel med fysiska besök, fysiska eller distansbesök samt distansbesök.



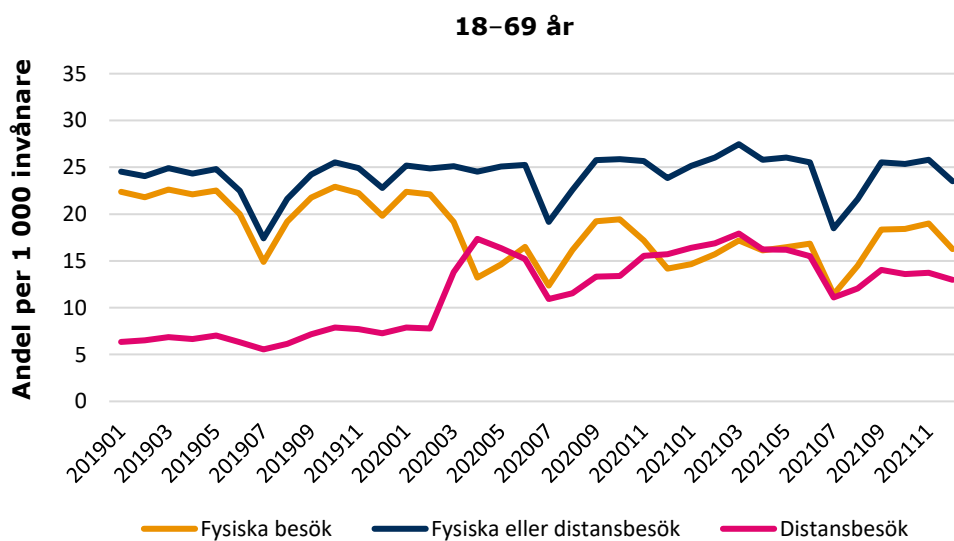
Figur 1c. Andel (per 1 000) invånare 70 år och äldre med vård för psykisk ohälsa inom primärvård, per månad år 2019–2021. Andel med fysiska besök, fysiska eller distansbesök samt distansbesök.

Vård inom den specialiserade psykiatriska vården

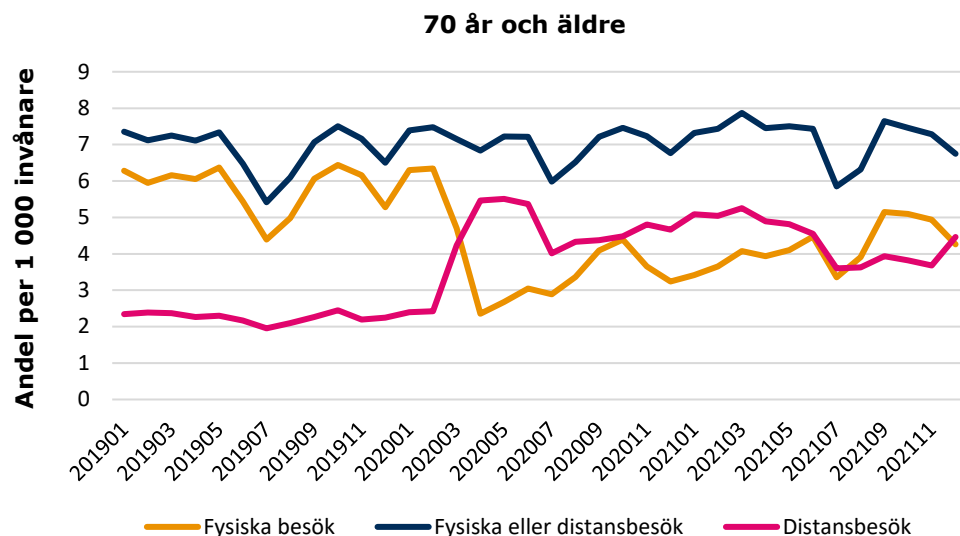
Även här finns nedgången i mars och april år 2020 som kompenseras av distanskontakter (huvudsakligen telefonsamtal). Här sker kompensationen även bland de äldsta, men observera att en betydligt lägre andel av de äldre har kontakt inom psykiatri (skalskillnad). Semesternedgången i juli som inte kompenseras finns även inom psykiatri.



Figur 2a. Andel (per 1 000) invånare 0–17 år med vård inom psykiatri, per månad år 2019–2021. Andel med fysiska besök, fysiska eller distansbesök samt distansbesök. Observera att neuropsykiatriska utredningar inom barnmedicinsk klinik ingår för åldersgruppen 0–17 år.



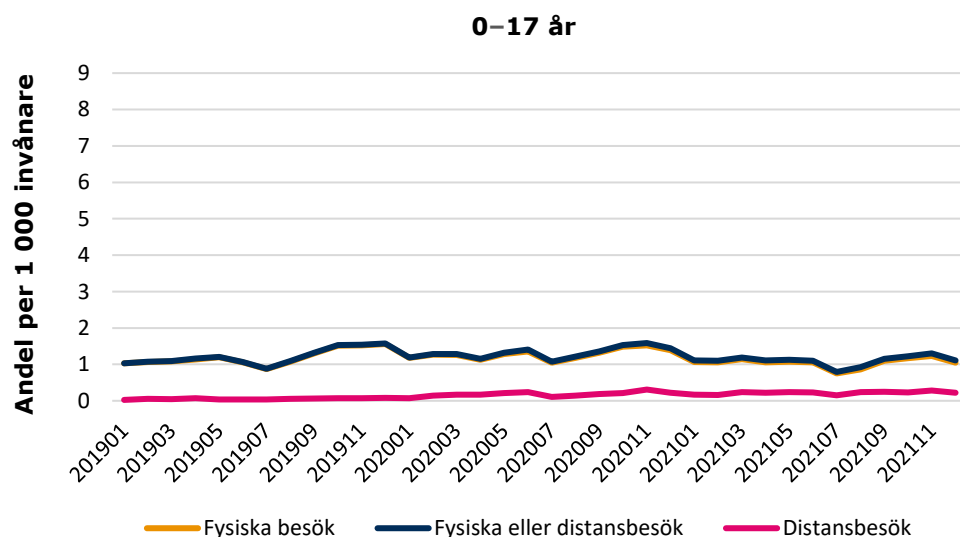
Figur 2b. Andel (per 1 000) invånare 18–69 år med vård inom psykiatri, per månad år 2019–2021. Andel med fysiska besök, fysiska eller distansbesök samt distansbesök.



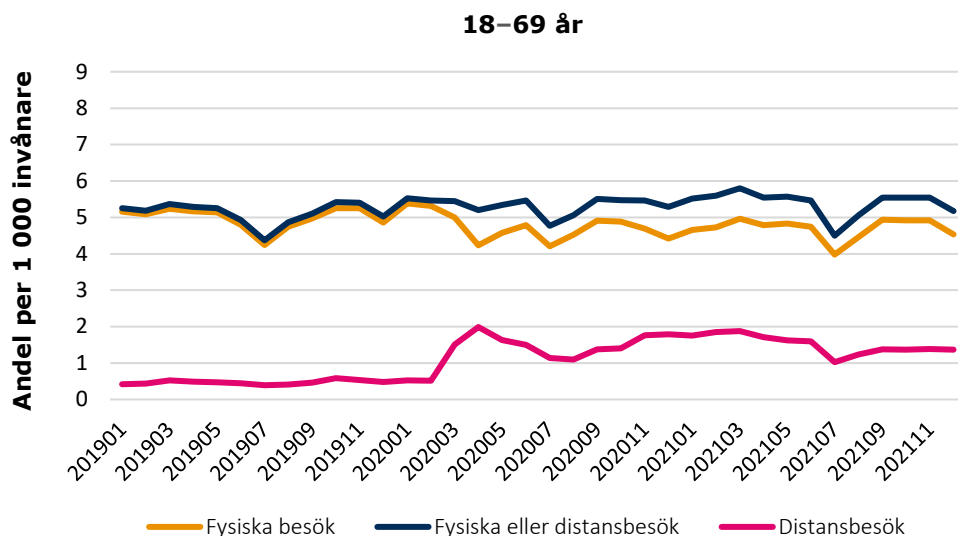
Figur 2c. Andel (per 1 000) invånare 70 år och äldre med vård inom psykiatrin, per månad år 2019–2021. Andel med fysiska besök, fysiska eller distansbesök samt distansbesök.

Vård inom beroendevården

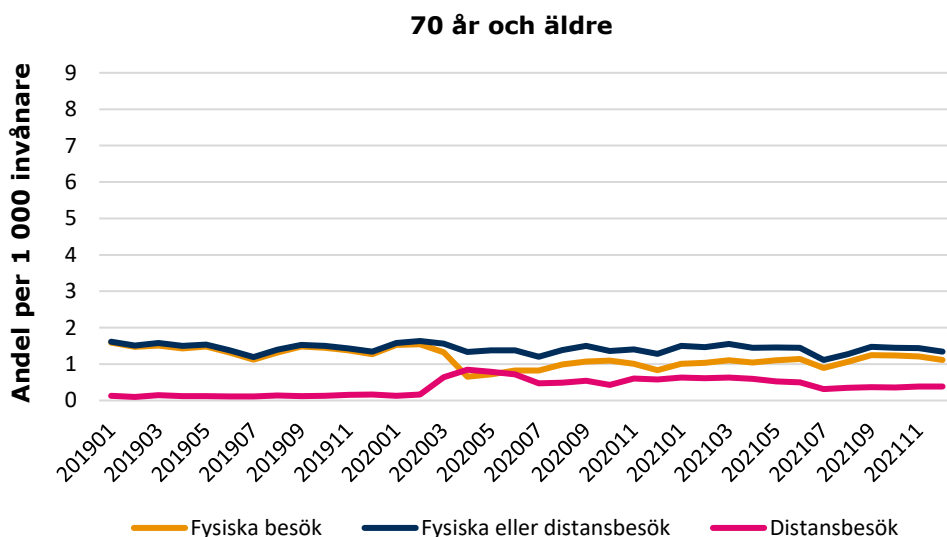
Nedgången i mars och april år 2020 finns framför allt för de vuxna. Den kompenseras av distanskontakter (huvudsakligen telefonsamtal), även för de äldsta. I likhet med andra vårdformer ses en nedgång varje juli månad som inte kompenseras. Åldersgruppen 18–69 år är den överlägset vanligaste förekommande inom beroendevården.



Figur 3a. Andel (per 1 000) invånare 0–17 år inom beroendevården, per månad år 2019–2021. Andel med fysiska besök, fysiska eller distansbesök samt distansbesök.



Figur 3b. Andel (per 1 000) invånare 18–69 år inom beroendevården, per månad år 2019–2021. Andel med fysiska besök, fysiska eller distansbesök samt distansbesök.



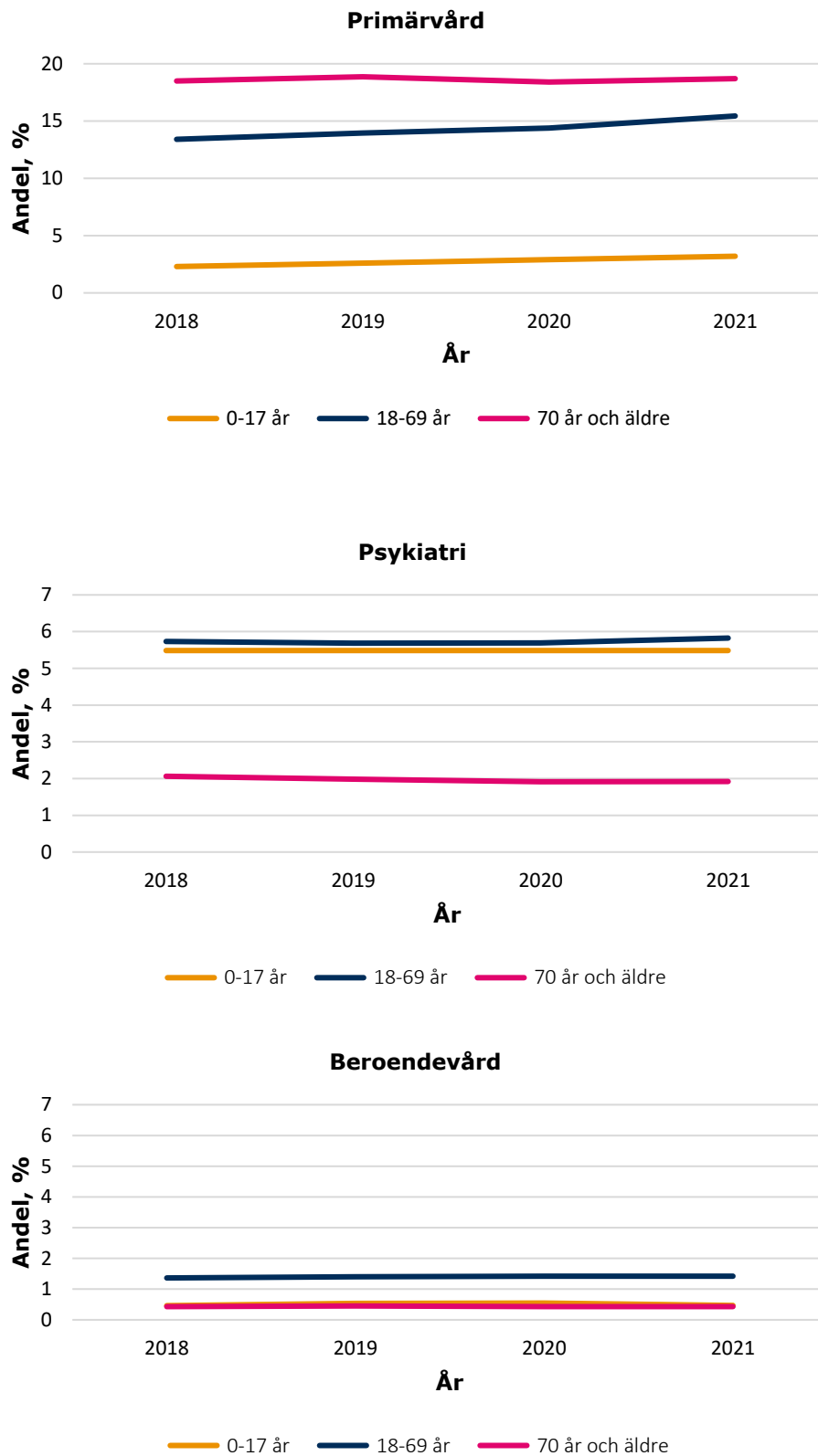
Figur 3c. Andel (per 1 000) invånare 70 och äldre år inom beroendevården, per månad år 2019–2021. Andel med fysiska besök, fysiska eller distansbesök samt distansbesök.

Vad har hänt om man tittar per kalenderår 2018–2021?

Den årsvisa trenden, det vill säga andel personer som under året gjort fysiskt besök eller haft distanskontakt, presenteras nedan (figur 4). För primärvård ingår även förskriven medicinering mot psykisk ohälsa. Observera skalskillnader och byte till procent i stället för per 1 000 eftersom hela kalenderårets patienter summeras.

Inom primärvården har en uppgång skett från 2,3 procent till 3,2 procent för gruppen 0–17 år, det vill säga en 40-procentig ökning. Detta förklaras delvis av att första linjemottagningar öppnats samt en stegvis ökning av vård som vi sett ända sedan 1990-talet. Åldersgruppen 18–69 år har ökat från 13,4 procent till 15,4 procent (det innebär en ökning med 15 procent). Det är helt i linje med den stegvisa ökningen över tid. I den äldsta åldersgruppen är det ingen skillnad över tid.

Inom både psykiatrin och beroendevården ligger andelen personer med vårdkontakter väldigt konstant 2018–2021. Det gäller för samtliga åldersgrupper.



Figur 4. Andel (%) invånare med vård (fysiska eller distanskontakter) inom psykiatrin, beroendevården eller med vård för psykisk ohälsa inom primärvården.

Diskussion

Från pandemins utbrott fram till slutet av december 2021 har vårdkontaktarna för psykisk ohälsa inom de tre olika åldersgrupperna (0–17, 18–69, 70 år och äldre) legat ganska stabilt inom alla vårdformer. Undantaget gäller primärvården där vårdkontaktarna för barn och ungdomar, och i viss mån för 18–69-åringar, har ökat. Sedan långt före pandemin har det skett en kontinuerlig ökning av vårdkontakter för psykisk ohälsa inom primärvården och särskilt bland barn. Efter år 2014 tilltog ökningen efter att den nya vårdformen ”första linjen psykisk ohälsa för barn och unga” infördes.

Det syns inget avbrott i denna, sedan länge, uppåtgående trend under pandemin (se figur 4) utan mönstret överensstämmer helt med det förväntade. Detta tolkas som att pandemin i sig inte gett upphov till ytterligare vårdkontakter. I månadsskiftet mars/april 2020 sågs en temporär minskning av andelen personer som gjorde fysiska besök inom vården. Denna minskning komparerades snabbt genom distanskontakter (telefon- eller videosamtal) men inte riktigt fullt ut för äldre inom primärvården. Även om samhället successivt öppnat upp alltmer under den aktuella mätperioden tycks distanskontakter inom vården fortsätta att utgöra en betydande andel av vårdkontaktarna. En fortsatt stor andel distansbesök kan delvis bero på att det är ett effektivt alternativ från vårdgivarens sida, men även att det innebär värdefull flexibilitet och upplevs som tidsbesparande, inte minst i åldersgruppen 18–69 år, en åldersgrupp som till stor del utgörs av de yrkesverksamma och småbarnsföräldrarna i samhället med god kompetens inom digital kommunikation. Även innan pandemin var digitala vårdbesök vanligast för småbarn (med vårdnadshavare) och personer kring 30-årsåldern (21). Rapporten inkluderar visserligen inte tiden efter att merparten av pandemirestriktionerna togs bort i februari 2022. Men det är troligt att distanskontakter även efter pandemin kommer utgöra en betydande del av andelen vårdkontakter. Distanskontakter gör vården mer tillgänglig för många, kanske även indirekt för dem som inte vill eller kan ha kontakt på distans. Detta genom att färre personer belastar vårdmottagningen med fysiska besök. Det är viktigt att följa den här utvecklingen över tid, både avseende möjlig påverkan på vårdkvalitet, tillgänglighet, säkerhet, arbetsmiljö och jämlik hälsa. Det är också viktigt att fånga upp när, och för vilka, distanskontakt inte är lämplig eller möjlig, till exempel på grund av bristande digitala färdigheter eller tillgång till teknik (22).

I denna rapport ses ingen avvikande ökning av andelen personer med vårdkontakt för psykiska besvär inom primärvård, specialistpsykiatri eller beroendesjukvården. Detta inkluderar även akuta besök och sträcker sig nu över flera smittvågor av pandemin. Därmed motsägs den bild som Lancet (6) nyligen presenterade, nämligen att depression och ångest ökar i bland annat Sverige. Vi vet dock inte om fler hade önskat söka vård eller om väntetiderna för vård är längre nu.

Varken vår rapport eller resultat från andra sammanställningar och studier (10–12, 17) visar tydliga tecken på att den vårdkrävande psykiska ohälsan har ökat påtagligt till följd av pandemin. Däremot finns tecken på att lättare psykiska besvär som oro har ökat vilket avspeglas i antalet kontakter med Mind och BRIS. Hur pandemin och dess restriktioner påverkat hur vi söker och får vård för psykisk ohälsa har också undersökts i andra länder (12, 23). Även dessa studier talar för en ökning av lättare psykiska besvär, men ingen försämring av eller insjuknande i psykiatriska tillstånd (11, 17).

Två viktiga undantag är vården för ätstörningar i Stockholm som ökat under det gångna året i regionen (24), och att det finns indikationer på att antalet intoxicationer bland ungdomar ökat i Sverige (9). Vad gäller ätstörningsproblem förutspådde experter inom området tidigt att de restriktioner i samhället som pandemin medförde kunde leda till förvärrade ätstörningssymtom (30,32) och det är angeläget att försöka bryta denna effekt och risken för negativa långtidseffekter för de drabbade (30). Det har även talats om risken för ökade suicidtal och självskadehandlingar som en följd av pandemin (28, 29). Och även om flera studier visat på minskade eller oförändrade suicidtal tidigt i pandemin har man i Japan sett ökade suicidtal under andra vågen av pandemin framför allt bland kvinnor och unga personer (31). Rapporter om ökade intoxicationer bland unga i Sverige behöver tas på största allvar och fördjupad kunskap och förståelse är av stor vikt.

Det kommer att vara fortsatt betydelsefullt att följa eventuella effekter av pandemin på den psykiska hälsan. Vissa konsekvenser av pandemin, till exempel ekonomiska, posttraumatiska stressreaktioner, distansundervisning eller postcovidsymtom, kan ha verkan på längre sikt. Det finns flera tillvägagångssätt för att följa effekter på den psykiska hälsan. Ett exempel är frågeformulär som även inkluderar personer som inte söker vård för sin psykiska ohälsa. Ett annat sätt är att som i denna rapport följa vårdkonsumtion för psykiska besvär, men då är man begränsad till de som kommer till vården. Tillsammans bidrar de till att ge en bättre helhetsbild i ett läge där information behöver inhämtas och följas relativt snabbt, som vid en global kris. Det är betydelsefullt att kunna skapa en nyanserad och så korrekt bild som möjligt. Samtidigt som det är viktigt att inte underskatta pandemins effekter menar vissa att en alltför alarmistisk rapportering med vidlyftiga prognoser och rubriker om ökad psykisk ohälsa och suicidrisk kan skapa oro och i värsta fall öka risken för sådana konsekvenser (26).

Referenser

1. Martin-Carrasco, M., Evans-Lacko, S., . . . Wasserman, D. (2016). EPA guidance on mental health and economic crises in Europe. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 266(2), 89-124.
2. Maunder, R. G. (2009). Was SARS a mental health catastrophe? *Gen Hosp Psychiatry*, 31(4), 316-317.
3. Zürcher, S. J., Kerksieck, P., . . . Richter, D. (2020). Prevalence of Mental Health Problems During Virus Epidemics in the General Public, Health Care Workers and Survivors: A Rapid Review of the Evidence. *Front Public Health*, 8, 560389.
4. Holmes, E. A., O'Connor, R. C., . . . Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560.
5. Royal College of Psychiatrists. (2020). *Psychiatrists see Alarming Rise in Patients Needing Urgent and Emergency Care and Forecast A 'Tsunami' of Mental Illness* <https://www.rcpsych.ac.uk/news-and-features/latest-news/detail/2020/05/15/psychiatrists-see-alarming-rise-in-patients-needing-urgent-and-emergency-care>
6. Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., . . . Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712.

7. MIND. (2021). *Pandemin slår hårt mot vårt psykiska välbefinnande, över 83 000 samtal till Minds stödlinjer*. Retrieved 2022-05-30 from <https://mind.se/aktuellt/pandemin-slar-hart-mot-vart-psykiska-valbefinnande-over-83-000-samtal-till-minds-stodlinjer/>
8. SOSAlarm. (2020). *Rekordnivåer av nödsamtal till SOS Alarm under Coronapandemin* <https://www.sosalarm.se/pressrum/nyheter/2020/rekordnivaer-av-nodsamtal-till-sos-alarm-under-coronapandemin/>
9. Pagels, S. (2022). Larm: Kraftig ökning av förgiftningsfall hos unga flickor. *Dagens Medicin*. <https://www.dagensmedicin.se/alla-nyheter/lakemedel/larm-kraftig-okning-av-forgiftningsfall-hos-unga-flickor/>
10. Folkhälsomyndigheten. (2021a). Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a016b4549def4bb0af1b3e23576e26c0/hur-har-folkhalsan-paverkats-covid-19-pandemin.pdf>
11. Folkhälsomyndigheten. (2021b). Små förändringar i psykisk hälsa under covid-19-pandemin i Sverige. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/b3de3ec317454fd9b175c77a2f7a0714/sma-forandringar-psykisk-halsa-covid-19-pandemin-sverige.pdf>
12. Chen, S., Jones, P. B., . . . Cardinal, R. N. (2020). The early impact of COVID-19 on mental health and community physical health services and their patients' mortality in Cambridgeshire and Peterborough, UK. *J Psychiatr Res*, *131*, 244-254.
13. Carr, M. J., Steeg, S., . . . Ashcroft, D. M. (2021). Effects of the COVID-19 pandemic on primary care-recorded mental illness and self-harm episodes in the UK: a population-based cohort study. *Lancet Public Health*, *6*(2), e124-e135.
14. Kwong, A. S. F., Pearson, R. M., . . . Timpson, N. J. (2021). Mental health before and during the COVID-19 pandemic in two longitudinal UK population cohorts. *Br J Psychiatry*, *218*(6), 334-343.
15. Pierce, M., Hope, H., . . . Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *Lancet Psychiatry*, *7*(10), 883-892.
16. Pierce, M., McManus, S., . . . Abel, K. M. (2021). Mental health responses to the COVID-19 pandemic: a latent class trajectory analysis using longitudinal UK data. *Lancet Psychiatry*, *8*(7), 610-619.
17. Richter, D., Riedel-Heller, S., & Zürcher, S. J. (2021). Mental health problems in the general population during and after the first lockdown phase due to the SARS-Cov-2 pandemic: rapid review of multi-wave studies. *Epidemiol Psychiatr Sci*, *30*, e27.
18. Devoe, D. J., Han, A., . . . Dimitropoulos, G. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord*.
19. Kourti, A., Stavridou, A., . . . Tsitsika, A. (2021). Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*, 15248380211038690.
20. Devries KM, Mak JY, . . . Watts CH. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med*, *10*(5):e1001439.

21. Gabrielsson-Järhult, F., Areskoug Josefsson, K., & Kammerlind, P. (2019). *Digitala vårdmöten med läkare : Rapport av kvantitativ och kvalitativ studie*. <https://skl.se/halsasjukvard/ehalsa/digitalavardtjansteriprimarvarden/digitalavardmotenmedlakarestudie.29527.html>
22. Di Carlo, F., Sociali, A., . . . di Giannantonio, M. (2021). Telepsychiatry and other cutting-edge technologies in COVID-19 pandemic: Bridging the distance in mental health assistance. *Int J Clin Pract*, 75(1).
23. Wiegand, H. F., Bröcker, A. L., . . . Adorjan, K. (2022). Changes and Challenges in Inpatient Mental Health Care During the First Two High Incidence Phases of the COVID-19 Pandemic in Germany - Results From the COVID Ψ Psychiatry Survey. *Front Psychiatry*, 13, 855040.
24. Ohlis, A., Jablonska, B., Dal, H. (manus). Epidemiologisk kartläggning av ätstörningar och ätstörningsvård i Region Stockholm
25. Fancourt, D., Steptoe, A., & Bu, F. (2021). Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. *Lancet Psychiatry*, 8(2), 141-149.
26. Hawton, K., Marzano, L., . . . Lainez, Y. X. (2021). Reporting on suicidal behaviour and COVID-19-need for caution. *Lancet Psychiatry*, 8(1), 15-17.
27. Varga, T. V., Bu, F., . . . Rod, N. H. (2021). Loneliness, worries, anxiety, and precautionary behaviours in response to the COVID-19 pandemic: A longitudinal analysis of 200,000 Western and Northern Europeans. *The Lancet Regional Health - Europe*, 2, 100020.
28. Gunnell, D., Appleby, L., . . . Pirkis, J. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 7(6), 468-471.
29. Reger, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2020). Suicide mortality and coronavirus disease 2019—a perfect storm? *JAMA Psychiatry*, 77(11), 1093-1094.
30. Shah, M., Sachdeva, M., & Johnston, H. (2020). Eating disorders in the age of COVID-19. *Psychiatry Res*, 290, 113122.
31. Tanaka, T., & Okamoto, S. (2021). Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav*, 5(2), 229-238.
32. Touyz, S., Lacey, H., & Hay, P. (2020). Eating disorders in the time of COVID-19. *J Eat Disord*, 8, 19.