



**HUR MÅR VI PSYKISKT
– EGENTLIGEN?**

Minds temperaturmätning över
den psykiska hälsan i Sverige 2021



**Mi
ND**



Förord

Under 2020 tog Mind emot drygt 83 300 samtal i Självordslinjen, Äldrelinjen och Föräldralinjen. Ökade psykiska besvär i befolkningen speglas i den ökade efterfrågan på det medmänskliga stöd vi erbjuder. Mind får därför ofta frågan ”varför mår så många människor psykiskt dåligt?”. Det är en svår fråga att svara på då de bakomliggande orsakerna ofta är komplexa. Påfrestande situationer eller kriser i livet är vanliga exempel på vad som kan leda till psykiska besvär. Det finns även mer strukturella faktorer på grupp- och samhällsnivå som påverkar våra livsförutsättningar och därmed även den psykiska hälsan.

Psykisk ohälsa påverkar livet i sin helhet och medför stora kostnader, både i termer av mänskligt lidande och dess påverkan på samhället. Stigmatisering av psykisk ohälsa beror ofta på okunskap och fördomar men får till följd att många inte berättar hur de mår och därmed kanske inte får stöd i tid. Minds vision är ett samhälle där människor med psykiska besvär och psykiatriska tillstånd blir respekterade, får det stöd de behöver och där ingen tar sitt liv. Därför behöver vi noga följa utvecklingen och öka förståelsen för de bakomliggande orsakssambanden kring psykisk hälsa.

Mind presenterar med denna rapport sin första temperaturmätning över den psykiska hälsan i Sverige. Målet är att återkommande sammanställa och tillgängliggöra data som beskriver utvecklingen av den psykiska hälsan och bidra till en bättre överblick och förståelse av bakomliggande faktorer med hjälp av vårddata, folkhälsoundersökningar och utvalda risk- och skyddsfaktorer. Rapporten bygger på 35 nyckeltal som ger en bred bild av hur befolkningen mår och hur det står till med några av den psykiska hälsans viktigaste risk- och skyddsfaktorer. Vår förhoppning är att denna sammanställning kan hjälpa oss att förstå utvecklingens riktning och skapa en diskussion kring orsakerna.

Psykisk hälsa är ingen isolerad fråga – utan tvärtom en angelägenhet för hela samhället och för var och en av oss. Ofta hanteras frågor som rör psykisk hälsa enbart inom hälso- och sjukvården, med stort fokus på symtombehandling snarare än på vad som orsakar psykiskt lidande och hur det kan förebyggas. Med en helhetssyn på psykisk hälsa och ett gemensamt ansvarstagande kan vi vända trenden med ökande psykiska besvär och främja det psykiska välbefinnandet i befolkningen.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	5
1 Struktur för kategorisering av nyckeltal	8
2 Psykiskt välbefinnande	10
3 Psykiska besvär	15
3.1 Ängslan, oro eller ångest.....	16
3.2 Nedstämdhet.....	19
3.3 Stress.....	20
3.4 Sömnsvårigheter.....	22
3.5 Psykosomatiska besvär.....	24
4 Psykiatriska tillstånd	28
4.1 Psykiatriska tillstånd – Övergripande mått.....	29
4.2 Psykiska sjukdomar och syndrom.....	36
4.3 Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.....	41
5 Självmord	44
5.1 Självmordstankar.....	45
5.2 Fullbordade självmord.....	49
6 Risk- och skyddsfaktorer	53
6.1 Social utsatthet.....	54
6.2 Arbetsliv och utbildning.....	56
6.3 Sociala relationer.....	59
6.4 Övriga levnadsvanor.....	61
7 Samtal till stödlinjer	66
Minds slutsatser och rekommendationer	74
Litteraturlista.....	76
Bilaga 1: Datakällor och urval.....	79
Bilaga 2: Definitioner av nyckeltal.....	80

Foto omslag: Brooke Cagle/Unsplash

Grafisk form: Petra Handin/Poppi Design

Lumell Associates har på uppdrag av Mind genomfört sammanställningen av data till Temperaturmätningen



NYCKELTAL

Nyckeltal 1.	Psyiskt välbefinnande bland personer över 16 år.....	11
Nyckeltal 2.	Andel barn som är nöjda med livet	13
Nyckeltal 3.	Ängslan, oro eller ångest bland personer över 16 år	16
Nyckeltal 4.	Nervositet bland barn	18
Nyckeltal 5.	Nedstämdhet bland barn.....	19
Nyckeltal 6.	Stress bland personer över 16 år.....	20
Nyckeltal 7.	Sömnsvårigheter bland barn vuxna och barn	22
Nyckeltal 8.	Huvudvärk bland vuxna och barn.....	24
Nyckeltal 9.	Magont bland barn	26
Nyckeltal 10.	Prevalens av psykiatriska tillstånd.....	29
Nyckeltal 11.	Years Lived with Disability för psykiatriska tillstånd	29
Nyckeltal 12.	Antal patienter i specialiserad öppenvård eller slutenvård	30
Nyckeltal 13.	Användning av psykofarmaka.....	33
Nyckeltal 14.	Antal pågående sjukfall kopplade till psykisk ohälsa	35
Nyckeltal 15.	Ångestsyndrom bland barn och vuxna	36
Nyckeltal 16.	Förstämningssyndrom bland barn och vuxna	38
Nyckeltal 17.	Missbruk och beroende bland vuxna	39
Nyckeltal 18.	Hyperaktivitets- och beteendestörningar bland barn och vuxna	41
Nyckeltal 19.	Självordstankar bland personer över 16 år	45
Nyckeltal 20.	Registrerade självmordsförsök.....	46
Nyckeltal 21.	Fullbordade självmord	49
Nyckeltal 22.	Andel som lever i relativ fattigdom	54
Nyckeltal 23.	Migration	55
Nyckeltal 24.	Arbetslöshet.....	56
Nyckeltal 25.	Andel långtidssjukskrivna	57
Nyckeltal 26.	Andel som upplever en för hög arbetsbelastning	57
Nyckeltal 27.	Behörighet till gymnasiet.....	58
Nyckeltal 28.	Ensamhet bland personer över 16 år och barn	59
Nyckeltal 29.	Andel riskkonsumenter alkohol bland personer över 16 år.....	61
Nyckeltal 30.	Narkotikaanvändning bland personer över 16 år	62
Nyckeltal 31.	Andel riskkonsumenter alkohol bland barn.....	63
Nyckeltal 32.	Narkotikaanvändning bland barn	64
Nyckeltal 33.	Antal samtal till Äldrelinjen (Mind).....	67
Nyckeltal 34.	Antal samtal till Självordslinjen (Mind).....	69
Nyckeltal 35.	Antal samtal till Föräldralinjen (Mind).....	71

Sammanfattning

– Hur mår vi psykiskt egentligen?

Trots allt vårt välstånd har psykiska besvär ökat de senaste decennierna och psykiatriska tillstånd är idag den vanligaste orsaken till långvarig sjukskrivning. Allt fler söker vård och ca tio procent av befolkningen äter antidepressiv medicin. De totala samhällskostnaderna av psykiatriska tillstånd uppskattas till nära 170 miljarder kronor årligen, vilket är den största kostnadsdelen för sjukdomar i Sverige.¹

I befolkningen som helhet finns en långsam minskning av antalet självmord. Bland unga har självmorden däremot ökat sedan år 1997. Kända riskfaktorer för psykiska besvär och psykiatriska tillstånd, såsom långtidsarbetslöshet, ofrivillig ensamhet, social utsatthet och skolmisslyckanden går i fel riktning.

Vi vill härmed lyfta några data av särskild vikt att belysa:

Många har ett gott välbefinnande men psykiska besvär blir allt vanligare

Det är viktigt att framhålla att 87 procent av alla vuxna i Sverige uppger att de har ett gott eller mycket gott psykiskt välbefinnande. I åldern 65–84 år är andelen med gott välbefinnande som högst. Majoriteten av alla barn i åldern 11–15 år anger också att de är nöjda med livet. Samtidigt uppger omkring 41 procent av alla vuxna att de har psykiska besvär i form av ångslan, oro eller ångest.

Både bland vuxna och bland barn har andelen med psykiska besvär ökat under de senaste decennierna. Från att ha legat relativt stabilt under åren 2004–2015 har andelen som uppger besvär med ångslan, oro eller ångest på fem år ökat från 37 procent 2015 till 49 procent bland kvinnor och bland män från 24 procent till 33 procent. Andelen vuxna som lider av ångslan, oro eller ångest är mycket vanligare bland personer med lägre inkomst än bland de med högre inkomst, och skillnaderna är som störst när det gäller svåra besvär. Antalet barn och unga som fått vård för depression eller ångestsyndrom inom barn- och ungdomspsykiatri har mer än tredubblats under perioden 2006 till 2019.

De vanligaste psykiatriska diagnoserna är ångestsyndrom, hyperaktivitetsstörningar och beteendestörningar samt förstämningssyndrom såsom depression. Under 2010-talet ökade antalet patienter med psykiatriska diagnoser i register för specialiserad öppenvård och slutenvård med 50 procent. Ökningen förklaras till ungefär hälften av en stor ökning av antalet patienter inom vården med diagnostiserade neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som ADHD.

Samtidigt är det viktigt att poängtera att psykiatriska tillstånd inte har blivit vanligare de senaste 30 åren. Studier av hela befolkningen visar att omkring 15 procent har någon form av psykiatriskt tillstånd. Ofta likställs dock vårdkonsumtion med förekomsten av psykiatriska tillstånd, vilket i grunden är felaktigt. Att fler söker vård kan bero på minskad stigmatisering och att det tidigare fanns vårdbehov som inte var tillgodosedda. Detta bör dock inte tolkas som att förekomsten av psykiatriska tillstånd har ökat.

Fler barn och unga begår självmord

År 2020 uppgav tre procent av befolkningen att de övervägt att ta sitt liv under det senaste året. Självmord, liksom all annan dödlighet, är som vanligast i hög ålder. Självmord, som andel av den samlade dödligheten, är däremot som vanligast i åldern 20–29 år, och utgör den enskilt vanligaste dödsorsaken bland personer i åldern 15–49 år. De senaste tio åren har självmorden minskat, men i en långsammare takt än tidigare. Från år 1997 har däremot självmorden bland unga i åldern 15–29 år årligen ökat med en procent.

Självmordsförsök genomförs oftare av kvinnor än män. Bland avlidna i självmord är däremot tre fjärdedelar män. Den grupp där självmord är vanligast är män i åldern 85–89 år. Det fanns en stor oro att covid-19-pandemin skulle leda till en ökning av antalet självmord. Någon sådan ökning har ännu inte

¹ Hjalte et al. (2019) Samhällets kostnader för sjukdomar år 2017. IHE 2019:6

kunnat ses, i stället skedde en minskning år 2020 jämfört med året innan. Vissa studier pekar dock på att det efter stora samhällskriser finns en ökad risk för psykiatriska tillstånd och självmord när de långsiktiga effekterna blir tydliga.

En av tio tar antidepressiv medicin och hälften av sjukskrivningarna beror på psykisk ohälsa

Vårdens vanligaste insats för att behandla psykisk ohälsa är att skriva ut psykofarmaka.² Under perioden 2006–2020 har antalet patienter som hämtar ut antidepressiva medicin ökat med 30 procent, och år 2020 gjorde tio procent av befolkningen ett uttag av antidepressiv medicin och åtta procent ett uttag av lugnande medel och sömnmedel. Det finns tyvärr inte nationella data kring psykoterapi som behandlingsform, trots att det enligt Socialstyrelsen bör vara den första behandlingsformen vid lättare och medelsvår depression.

Utöver de effekter psykiskt lidande har på individen och närstående utgör sjukskrivningar en stor kostnad för samhället. Psykiatriska tillstånd är orsak till 46 procent av sjukskrivningarna, en ökning från 31 procent år 2010. Det är den vanligaste orsaken till långvarig sjukskrivning och utgjorde år 2017 hälften av de indirekta kostnaderna. Detta utgör knappt 61 miljarder kronor i sjuk- och aktivitetsersättning.³ De totala samhällskostnaderna av psykiska sjukdomar uppskattas till nära 170 miljarder kronor årligen, vilket är den största kostnadsdelen för sjukdomar i Sverige.⁴

Stora ojämlikheter i psykisk ohälsa beroende på socioekonomisk tillhörighet

Psykisk ohälsa är vanligast bland unga, vanligare bland kvinnor och flickor än bland män och pojkar och vanligare bland personer med låga inkomster. Sambanden mellan socioekonomisk tillhörighet och hälsa är sedan tidigare välbelagt, vilket även bekräftas i temperaturmätningen; de med låg inkomst har oftare psykiska besvär såsom svår ångslan, oro och ångest, och löper ökad risk att drabbas av långvarig psykisk ohälsa och att begå självmord. Under de senaste decennierna har inkomstklyftorna och följaktligen skillnaderna i livsvillkor ökat i befolkningen, vilket får effekter på den psykiska och fysiska hälsan. Idag växer ett av fem barn i Sverige upp i fattigdom och en halv miljon människor är arbetslösa. Omkring 15 procent av alla elever i grundskolan får inga fullständiga betyg och därmed försämrade möjligheter till egen försörjning och psykiskt välbefinnande i framtiden. Under pandemiåret 2020 uppgav var femte arbetslös och var sjätte person över 85 år att de känt sig ensamma för det mesta eller hela den senaste tiden.

Flickor och kvinnor mår sämre psykiskt

Skillnader i psykisk hälsa mellan könen framträder tydligt i temperaturmätningen. På de flesta områden sticker flickor och kvinnor ut som överrepresenterade när det gäller nedsatt psykiskt välbefinnande, en högre grad av psykiska besvär såsom ångslan, oro eller ångest samt sömnbesvär, med fler förskrivningar av psykofarmaka och fler sjukskrivningar på grund av psykiatriska tillstånd än bland män. Endast när det gäller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är trenden den motsatta; betydligt fler pojkar än flickor diagnosticeras med exempelvis ADHD. Kvinnor är även överrepresenterade när det gäller säkra självmordsförsök, där kvinnor stod för 61 procent av självmordsförsöken 2019. Fullbordade självmord är däremot 2,5 gånger vanligare bland män än bland kvinnor.

Nervositet och nedstämdhet är vanligare bland flickor än bland pojkar i alla åldersgrupper och skillnaderna är som störst i tonåren. Drygt 40 procent av alla flickor i femtonårsåldern uppger att de känt sig nere oftare än en gång per vecka, jämfört med 18 procent bland pojkarna i samma ålder. Även stress och somatiska uttryck för psykisk ohälsa såsom huvudvärk är betydligt vanligare bland kvinnor än män i alla åldersgrupper. I åldrarna 16–29 år uppger hälften av alla kvinnor och en fjärdedel av alla män att de har problem med huvudvärk. Samtidigt upplever sig en fjärdedel av kvinnor 16–29 år stressade, och

2 Socialstyrelsen, 2021. Statistikdatabas för läkemedel.

3 Lidwall (2020) Socialförsäkringsrapport 2020:8

4 Hjalte et al. (2019) Samhällets kostnader för sjukdomar år 2017. IHE 2019:6

det är även i denna åldersgrupp som skillnaderna mellan könen är som störst vad avser svår stress; nio procent bland kvinnorna och två procent bland männen. Ängestsyndrom – den största diagnosgruppen bland psykiatriska tillstånd är nästan mer än dubbelt så vanligt förekommande bland kvinnor än bland män. Samma överrepresentation av kvinnor syns när det kommer till depression, som i åldrarna 15–19 år är dubbelt så vanligt bland kvinnor som män.

Dessa skillnader i psykisk ohälsa mellan kvinnor och män gör naturligtvis även tydliga avtryck i arbetslivet där en större andel kvinnor än män är sjukskrivna med anledning av psykiatriska diagnoser. Samma fördelning kan ses gällande långtidssjukskrivningar, där det i två tredjedelar av fallen är kvinnor. När kön och socioekonomisk tillhörighet adderas framstår ojämlikheterna ännu tydligare. Andelen vuxna som lider av svår ångslan, oro eller ångest uppgår exempelvis till 15 procent bland kvinnor med lägst inkomst – motsvarande siffra bland män med högst inkomst är tre procent.



1

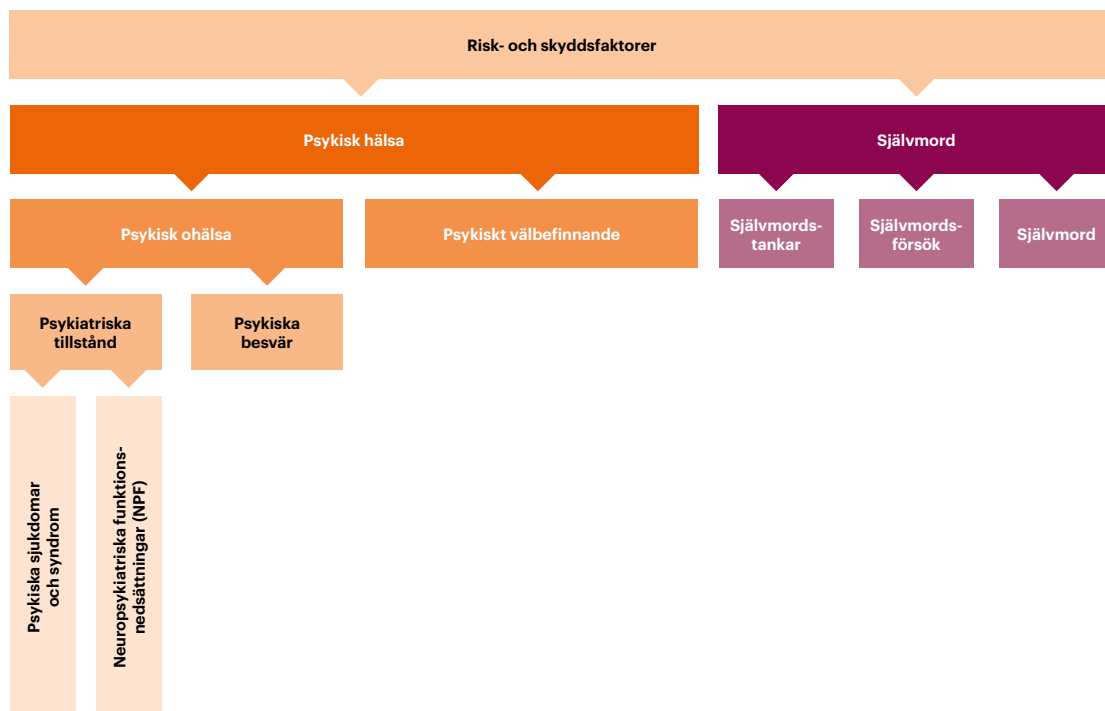
STRUKTUR FÖR KATEGORISERING AV NYCKELTAL

1 Struktur för kategorisering av nyckeltal

För att ge en allsidig bild av den psykiska hälsan i Sverige har en struktur tagits fram för att kategorisera nyckeltalen i temperaturmätningen. Strukturen tar sin utgångspunkt i den modell för hur begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra som tagits fram av SKR, Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen (1).

Enligt modellen är *psykisk hälsa* ett paraplybegrepp som inbegriper *psykiskt välbefinnande* och *psykisk ohälsa*. Psykiskt välbefinnande omfattar både välbefinnande och funktionsförmåga. Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för tillstånd med olika svårighetsgrad och varaktighet. Hit hör både *psykiska besvär* och *psykiatriska tillstånd*. Gemensamt är att båda orsakar lidande, för individen själv och/eller för omgivningen. Psykiatriska tillstånd kan i sin tur delas in i *psykiska sjukdomar och syndrom* respektive *neuropsykiatriska funktionsnedsättningar*⁵ (NPF). Exempel på psykiska sjukdomar och syndrom är missbruk och beroende, depression samt schizofreni. Psykiska besvär är psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos inte är uppfyllda. Psykiska besvär kan vara mildare eller svårare, och kan ibland ge kroppsliga symptom såsom huvudvärk eller magont (1).

Den struktur som används för att kategorisera nyckeltal i denna temperaturmätning innehåller utöver ovanstående också området självmord (indelad i *självordstankar*, *självordsförsök* och *fullbordade självmord*) samt olika typer av *risk- och skyddsfaktorer* för psykisk hälsa och självmord.



5 I myndigheterna och SKR:s begrepps-PM benämns neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) som utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser. I denna temperaturmätning används begreppet neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) då detta i nuläget är ett mer allmänt använt begrepp. I senare temperaturmätningar kan begreppet utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser komma att användas om begreppet blivit mer spritt och använt i det allmänna samtalet.

2

PSYKISKT VÄLBEFINNANDE

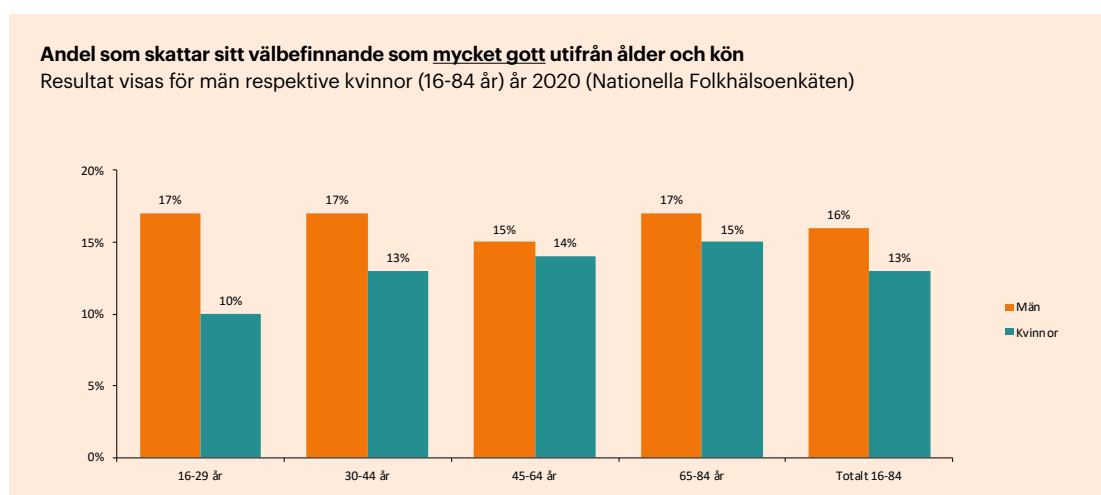
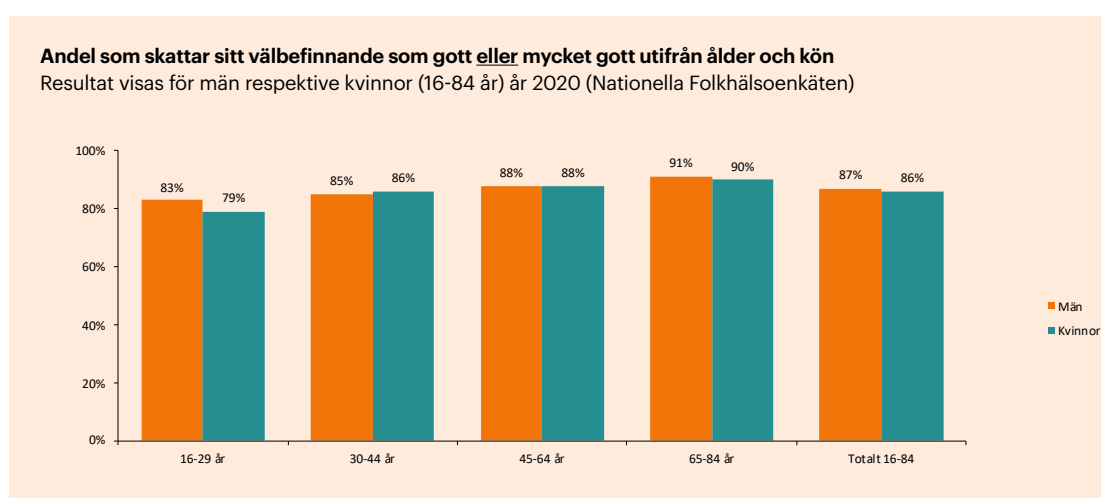
Psykiskt välbefinnande innebär inte enbart frånvaro av sjukdom eller besvär utan speglar de positiva aspekterna av den psykiska hälsan. Psykiskt välbefinnande är inte motsatsen till "psykisk ohälsa", utan de två kan samexistera. Som exempel kan en person som lider av ett psykiatriskt tillstånd eller psykiska besvär fortfarande känna en hög grad av psykiskt välbefinnande. På samma sätt kan en person som varken lider av ett psykiatriskt tillstånd eller psykiska besvär uppleva en låg grad av psykiskt välbefinnande. Psykiskt välbefinnande innebär bland annat att kunna känna tillfredsställelse i livet, att ha goda sociala relationer samt känna njutning, lust och lycka (1).

I den här sammanställningen används två datakällor med självrapporterade data kring psykiskt välbefinnande: Nationella Folkhälsoenkäten och Skolbarns hälsovanor.

Nyckeltal 1. Psykiskt välbefinnande bland personer över 16 år

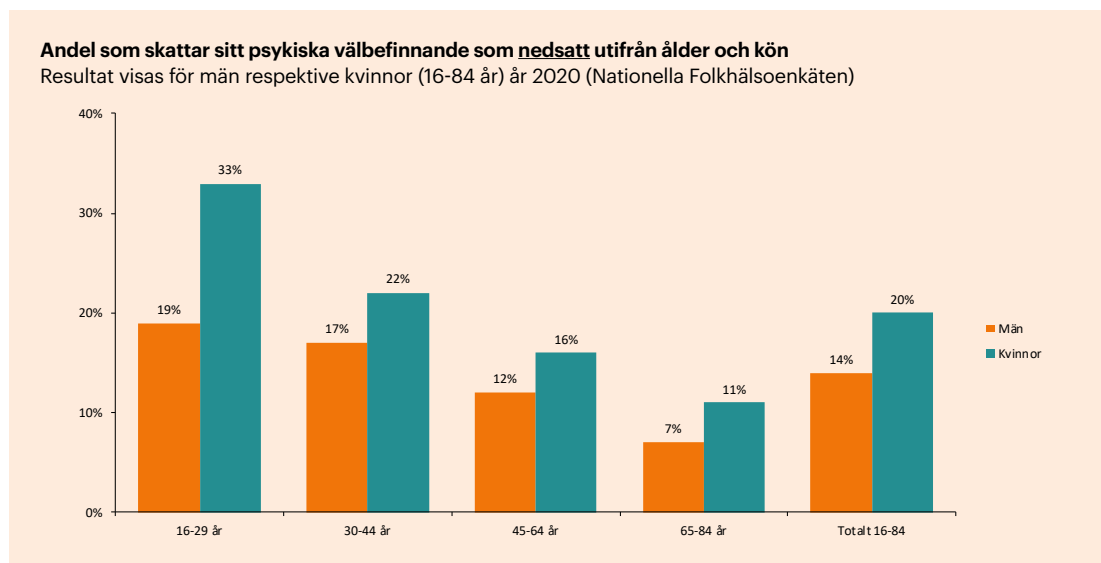
Vartannat år genomför Folkhälsomyndigheten undersökningen Nationella Folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. I denna undersöks hälsa, levnadsvanor och livsvillkor bland Sveriges befolkning (16–84 år) (2). Sedan år 2018 återfinns ett mått som rör svenskarna psykiska välbefinnande. Det består av sju delfrågor om bland annat framtidssyn, problemlösning och närhet till andra människor. Resultaten från delfrågorna vägs samman för att skapa ett mått på psykiskt välbefinnande.

I undersökningen framkommer att åttiosju procent av befolkningen uppger att de har ett gott eller mycket gott psykiskt välbefinnande. Andelen är ungefär lika stor bland kvinnor som bland män. År 2018 var resultaten liknande; då uppgav 86 procent ett gott eller mycket gott psykiskt välbefinnande. Skillnaden mellan män och kvinnors psykiska välbefinnande blir däremot tydlig sett till hur många som uppger att de har ett mycket gott psykiskt välbefinnande; män i alla åldrar uppger i högre utsträckning ett mycket gott psykiskt välbefinnande jämfört med kvinnor. Skillnaden mellan män och kvinnor är störst i de yngre åldersgrupperna (3).

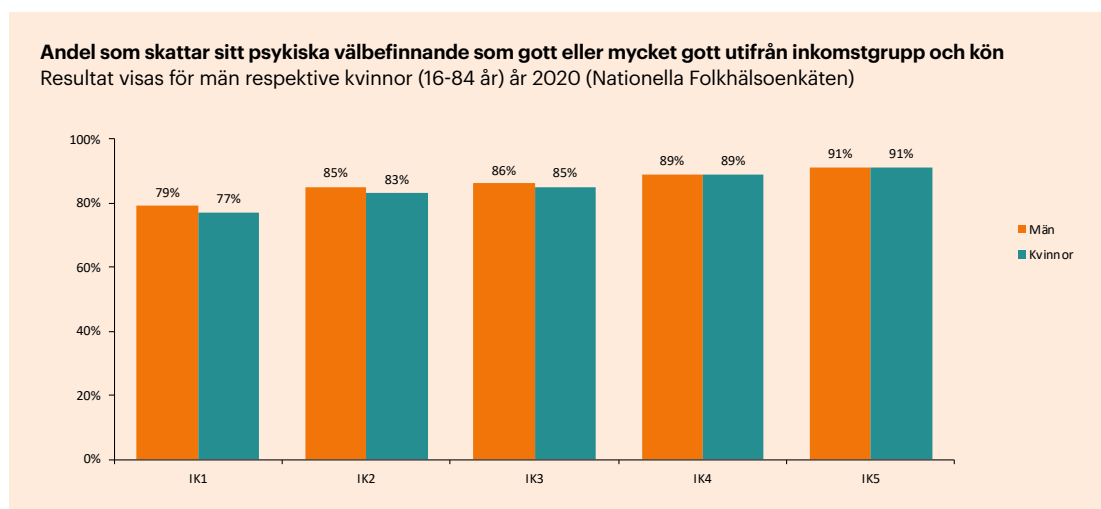


Nationella Folkhälsoenkäten innehåller sedan 2018 inte frågor om det omvända, det vill säga andelen som uppger ett nedsatt psykiskt välbefinnande. I den senaste data som finns att tillgå utmärker sig dock gruppen yngre kvinnor (16–29 år). I denna grupp uppger en tredjedel att de besväras av ett nedsatt välbefinnande⁶ (3).

6 Avser resultat från Nationella Folkhälsoenkäten 2018. Notera att denna fråga har utgått från Folkhälsoenkäten, senaste mätningen gjordes 2018.



Det finns en tydlig koppling mellan psykiskt välbefinnande och inkomstnivå, vilket också bekräftas i Nationella Folkhälsoenkäten. För att bedöma psykiskt välbefinnande och andra faktorer utifrån inkomst delas befolkningen in i fem inkomstgrupper⁷ (IK1-5 där IK5 är personer med högst inkomst och IK1 de med lägst inkomst). Resultaten från Nationella Folkhälsoenkäten visar att en större andel bland de personer som tillhör de högre inkomstgrupperna uppger att de har ett gott eller mycket gott välbefinnande jämfört med personer som har en låg inkomst (personer som tillhör de lägre inkomstgrupperna) (3).



För att ställa svenskarnas välbefinnande i relation till invånare i andra länder kan det internationella ”Lyckoindexet” användas. Måttet härstammar från FN:s nätverk för hållbara utvecklingslösningar (SDSN) och sammanställs i den årliga rapporten ”World Happiness Report”. I denna rankas länder baserat på hur pass lycklig befolkningen är genom en skala från noll till tio, där tio är högst. I 2020 års undersökning rankades Sverige på sjunde plats med ett lyckoindex på 7,4. Detta kan jämföras med Finland som ligger på första plats med ett lyckoindex på 7,8, och Afghanistan som ligger sist med ett lyckoindex på 2,5 (4).

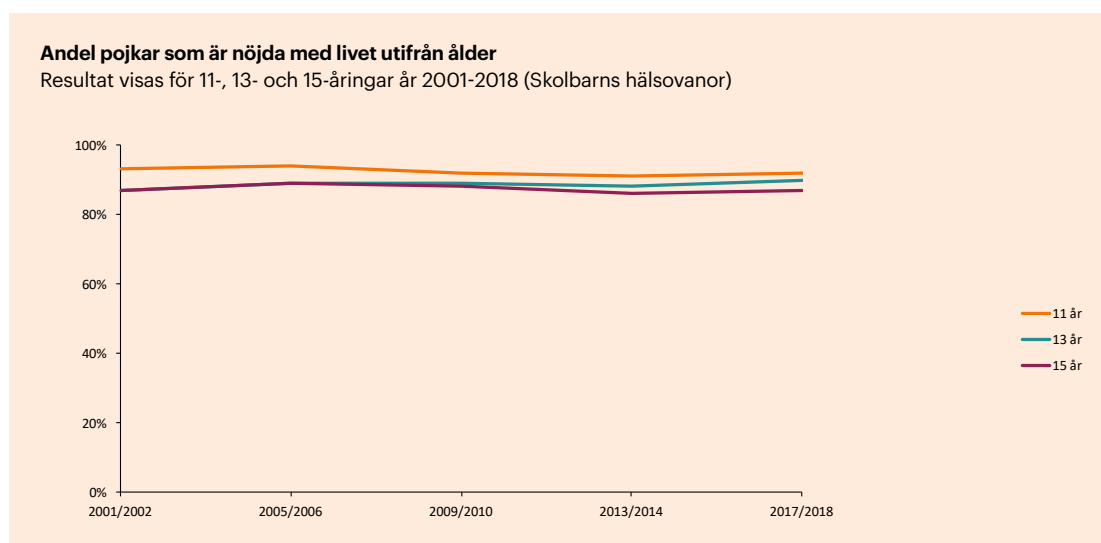
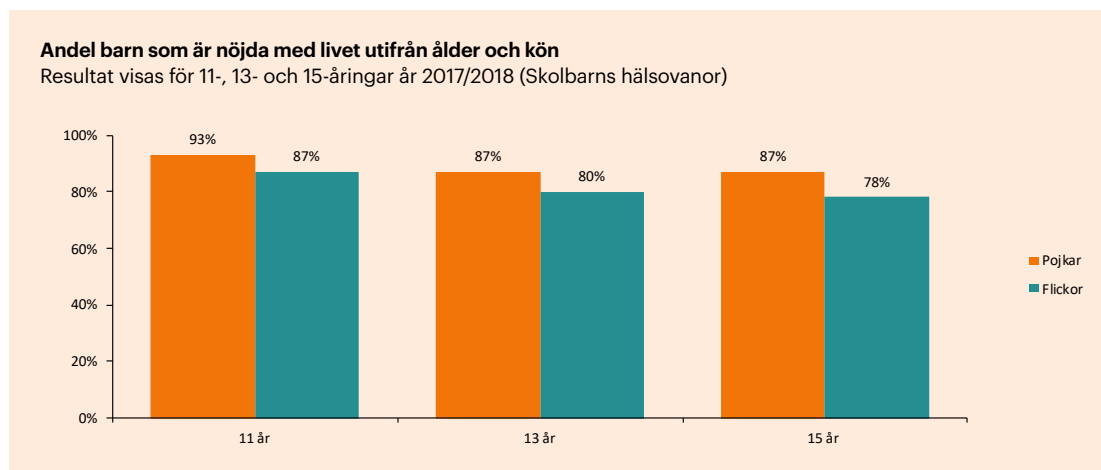
7 De olika inkomstgrupperna (IK) eller inkomstintervallen definieras enligt IK1 – de 20 procent av befolkningen med lägst inkomst; IK2 – de 20 procent med näst lägst inkomst; IK3 – de 20 procent med mitterst inkomst; IK4 – de 20 procent med näst högst inkomst samt IK5 – de 20 procent med högst inkomst

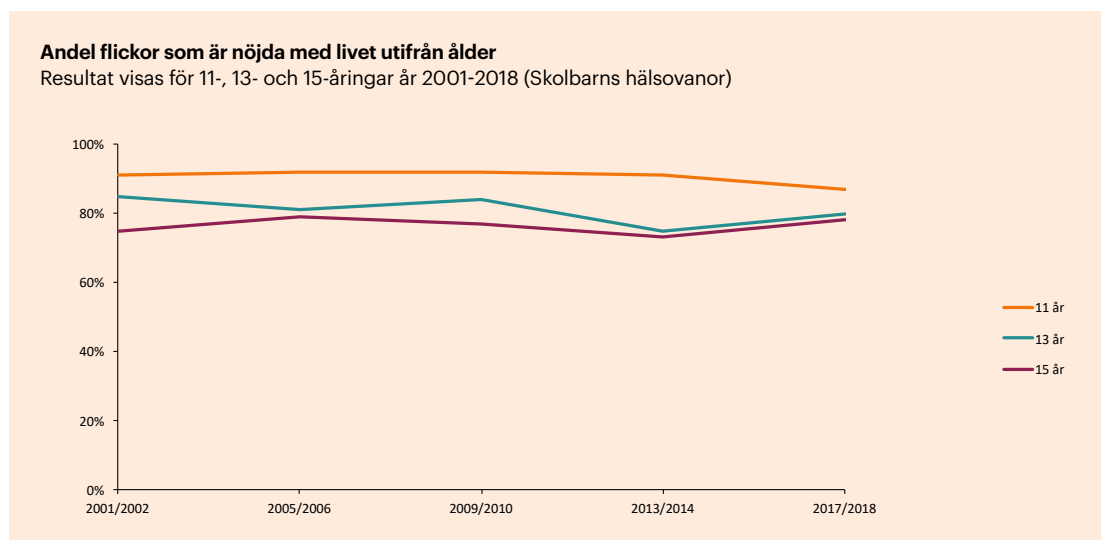
Nyckeltal 2. Andel barn som är nöjda med livet

Undersökningen Skolbarns hälsovanor genomförs var fjärde år och vänder sig till skolbarn i åldrarna elva, tretton och femton år (5). För att undersöka psykiskt välbefinnande kan den fråga som rör nöjdhet med livet användas.

Vid det senaste genomförandet uppgav sex av sju skolbarn att de känner sig nöjda med livet. Att vara nöjd med livet var vanligare bland pojkar än flickor och bland yngre jämfört med äldre skolbarn. Högst andel som kände sig nöjda med livet fanns bland elvaåriga pojkar, 93 procent, och lägst andel fanns bland femtonåriga flickor, 77 procent (6).

Resultaten har varit liknande över tid men har varierat något mer för flickor än för pojkar (6).





3

PSYKISKA BESVÄR

Psykiska besvär är psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos inte är uppfyllda. De är ofta mindre komplexa än psykiatriska tillstånd och har oftast en mindre påverkan på en persons funktionsgrad. Psykiska besvär är någonting som de allra flesta i befolkningen drabbas av och kan ses som en normal reaktion på de påfrestningar en person utsätts för i livet. Besvären kan uppstå i olika omfattning och varaktighet och kan påverka en persons förmåga att hantera och bemästra basala vardagsaktiviteter och ibland ta sig uttryck fysiskt i form av till exempel huvudvärk eller magont (1).

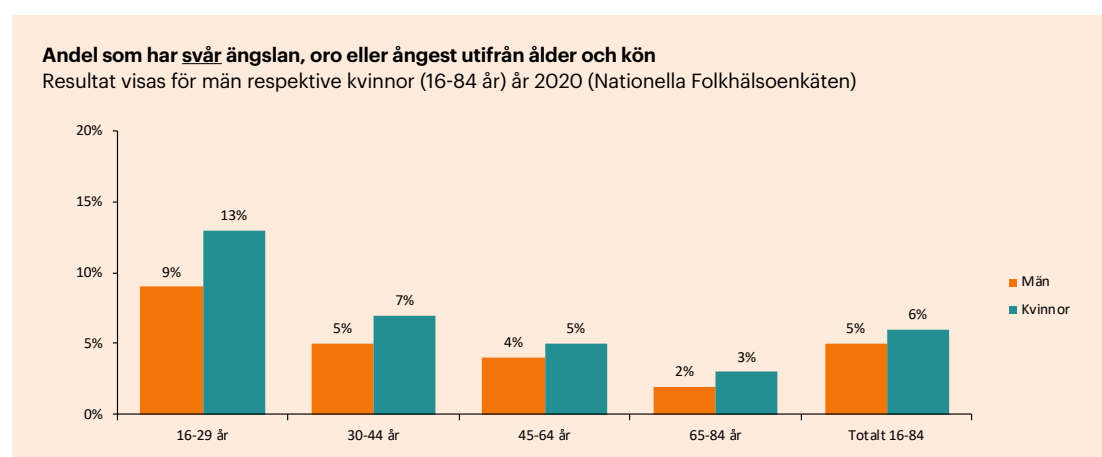
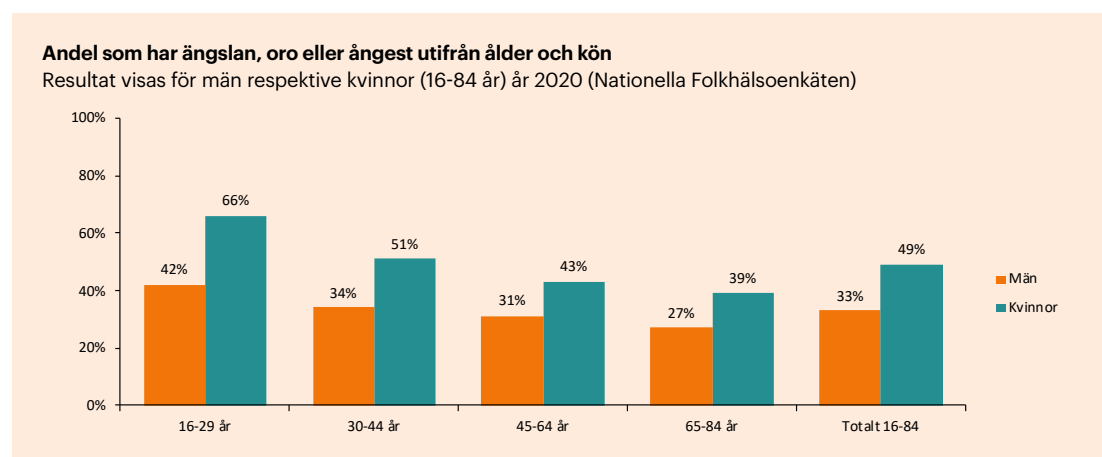
I den här rapporten exemplifieras psykiska besvär genom nyckeltal som beskriver andelen som själva rapporterar att de besväras av ångslan, oro och ångest, nervositet, nedstämdhet, stress, sömnsvårigheter samt huvudvärk och magont.

3.1 Ängslan, oro eller ångest

Ängslan, oro eller ångest är exempel på normala och vanligt förekommande känslor och psykiska besvär. I vissa fall kan känslorna vara mer omfattande, ihållande eller återkomma oftare; ibland även under en längre period. I dessa situationer kan det då röra sig om ett diagnostiserbart tillstånd i form av ångestsyndrom⁸, det vill säga ett psykiatriskt tillstånd (se kapitel 4, Nyckeltal 14) (1).

Nyckeltal 3. Ängslan, oro eller ångest bland personer över 16 år

Förekomsten av ängslan, oro eller ångest är ett av de områden som undersöks i Nationella Folkhälsoenkäten. År 2020 uppgav 41 procent av befolkningen mellan 16 och 84 år att de har (lätta eller svåra) psykiska besvär i form av ängslan, oro eller ångest. Denna typ av besvär är vanligare bland yngre åldersgrupper och vanligare bland kvinnor än bland män. Bland unga kvinnor (16–29 år) uppgav två av tre att de har psykiska besvär i form av ängslan, oro eller ångest och 13 procent uppger att besvären var svåra. Det är även i denna åldersgrupp som besvären är vanligast förekommande bland män (3).

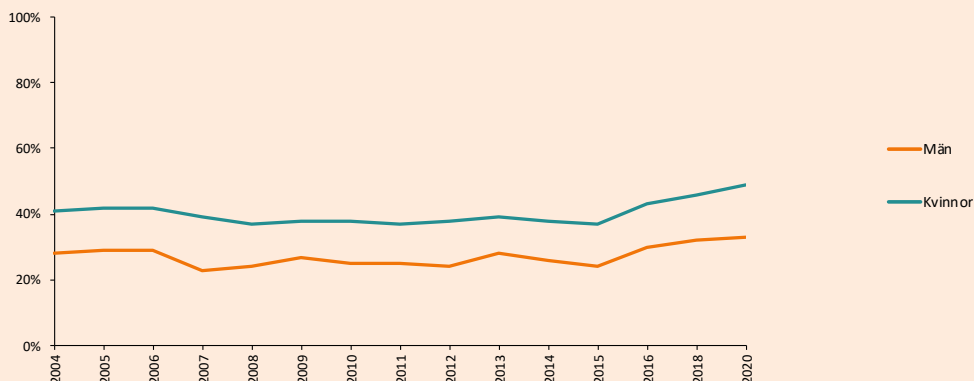


Från att ha legat relativt stabilt under åren 2004–2015 syns från 2015 en ökning av andelen som uppger besvär med ångest, oro eller ångest. Bland kvinnor har andelen ökat från 37 procent till 49 procent och bland män från 24 procent till 33 procent (3).

8 F40-F48 Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom

Andel som har ängslan, oro eller ångest utifrån kön

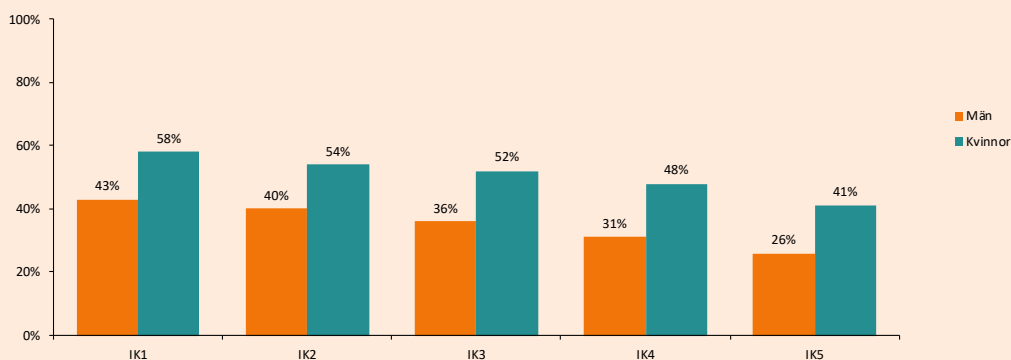
Resultat visas för män respektive kvinnor (16-84 år) år 2004-2020 (Nationella Folkhälsoenkäten)



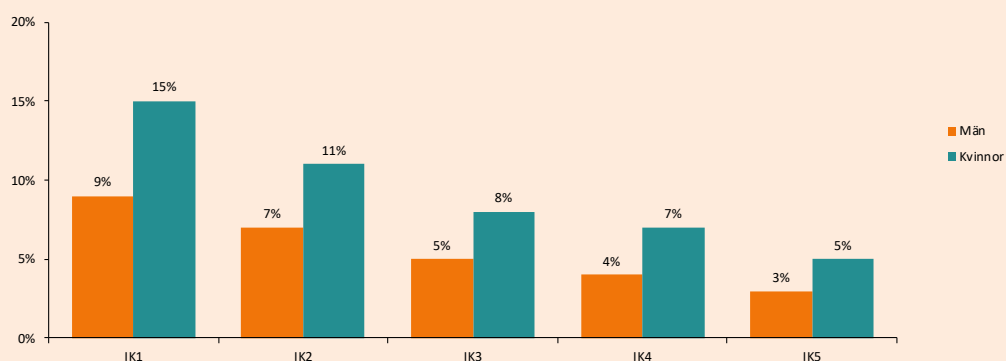
Andelen personer över 16 år som lider av ängslan, oro eller ångest är väsentligt mer vanligt förekommande bland personer som tillhör de lägre inkomstgrupperna. Skillnaderna mellan inkomstnivåerna är störst när det gäller svåra besvär (3).

Andel som har ängslan, oro eller ångest utifrån inkomstgrupp och kön

Resultat visas för män respektive kvinnor (16-84 år) år 2020 (Nationella Folkhälsoenkäten)

**Andel som har svår ängslan, oro eller ångest utifrån inkomstgrupp och kön**

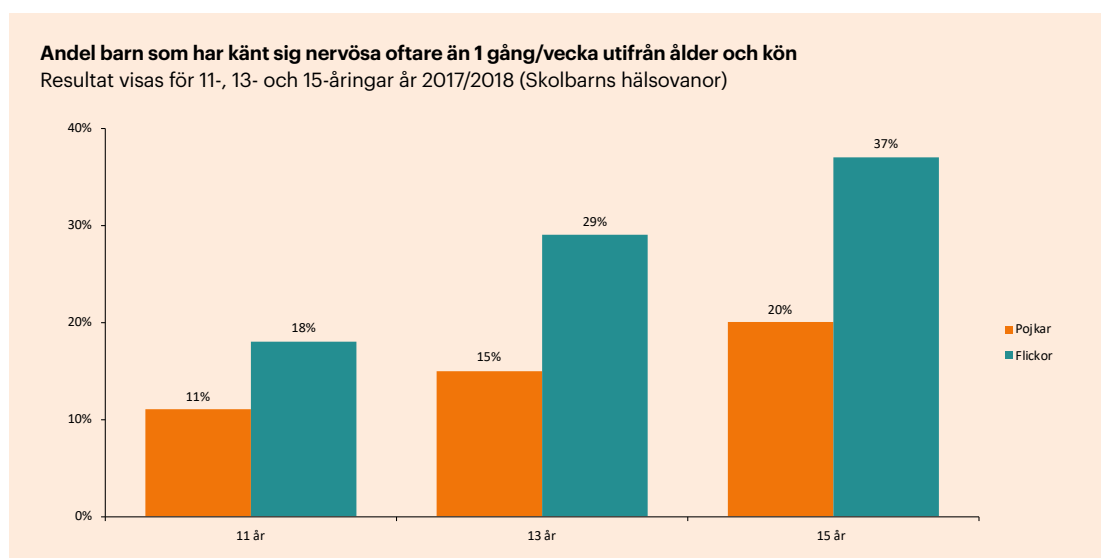
Resultat visas för män respektive kvinnor (16-84 år) år 2020 (Nationella Folkhälsoenkäten)



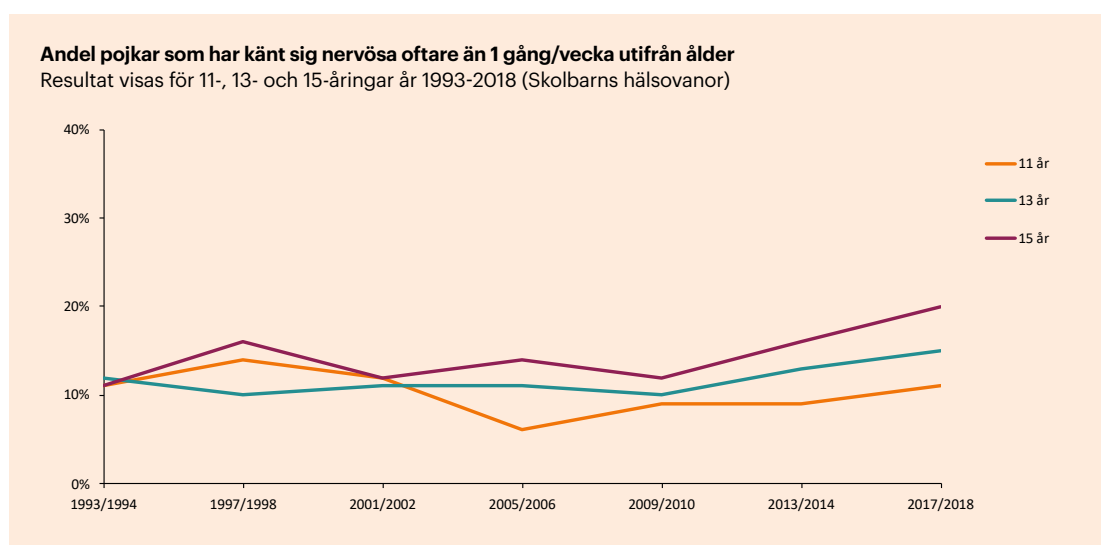
Nyckeltal 4. Nervositet bland barn

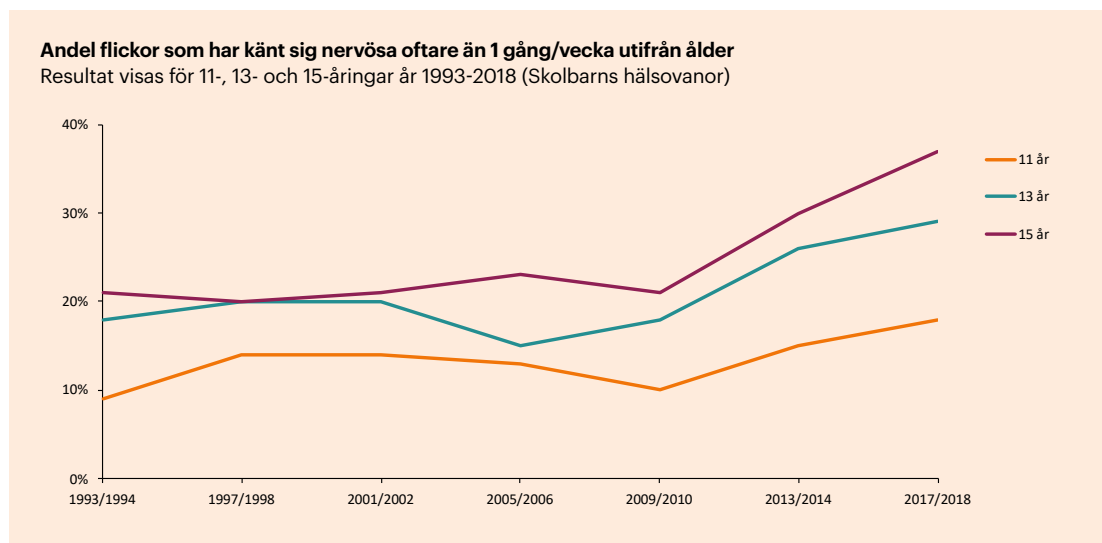
I Skolbarns hälsovanor som genomförs vart fjärde år undersöks förekomsten av olika psykiska besvär bland barn, bland annat nervositet. Då ängslan eller oro inte specifikt efterfrågas i Skolbarns hälsovanor har i denna rapport nervositet valts ut som ett mått för att spegla liknande psykiska besvär bland barn. Som tidigare beskrivits under avsnitt 3.1 är ängslan, oro eller nervositet exempel på normala och vanligt förekommande känslor som generellt inte är skadliga men kan vid ihållande eller återkommande form röra sig om ett diagnostiserbart tillstånd.

Resultat från enkäten visar att nervositet är vanligare bland flickor än bland pojkar i alla åldersgrupper. 37 procent av alla flickor i femtonårsåldern uppger att de besväras av nervositet oftare än en gång per vecka. Motsvarande siffra för pojkar i samma ålder är 20 procent. Andelarna är lägre i de yngre åldersgrupperna för både flickor och pojkar; för trettonåringar är andelarna 29 respektive 15 procent. Bland elvaåringar 18 respektive 11 procent (6).



Över tid har resultaten varierat något, särskilt för pojkarna. En ökning kan dock ses för båda könen och samtliga åldersgrupper mellan mätningen år 2009/10 och den senaste mätningen år 2017/18. Ökningen är som störst bland flickor 15 år (6).





3.2 Nedstämdhet

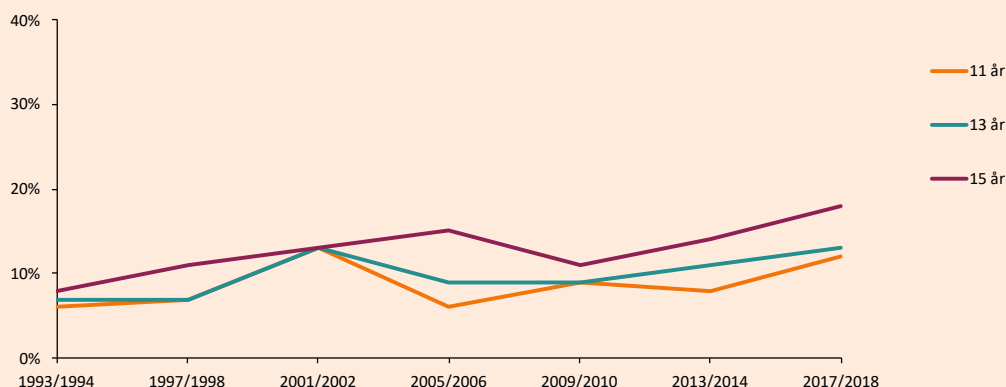
Nyckeltal 5. Nedstämdhet bland barn

Ytterligare en typ av besvär som undersöks i Skolbarns hälsovanor är nedstämdhet bland barn. Andelen flickor som besväras av nedstämdhet är större än andelen pojkar. Drygt 40 procent av alla flickor i femtonårsåldern uppger att de känt sig nere oftare än en gång per vecka, jämfört med 18 procent bland pojkarna i samma ålder. För de yngre flickorna (elva och tretton år) är andelen mindre, 20 respektive 30 procent, och för de yngre pojkarna 12 respektive 13 procent (6).

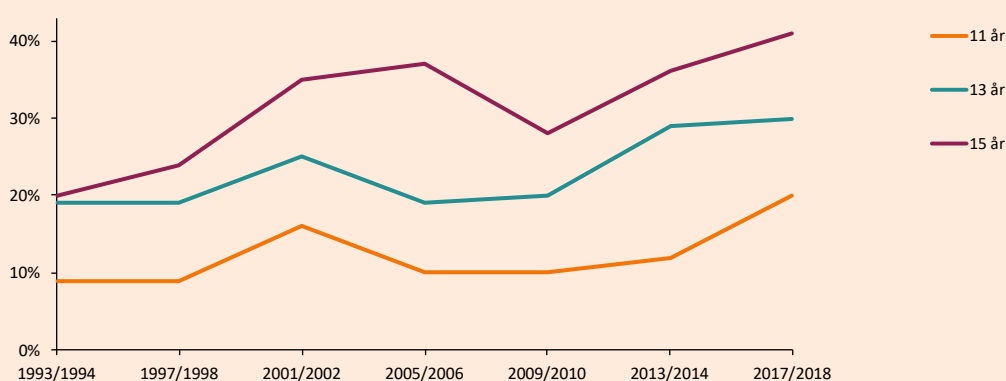
Resultaten har varierat över tid men sedan mätningen år 2009/10 har andelen som besväras av nedstämdhet ökat i alla grupper (6).



Andel pojkar som har känt sig nere oftare än 1 gång/vecka utifrån ålder
Resultat visas för 11-, 13- och 15-åringar år 1993-2018 (Skolbarns hälsovanor)



Andel flickor som har känt sig nere oftare än 1 gång/vecka utifrån ålder
Resultat visas för 11-, 13- och 15-åringar år 1993-2018 (Skolbarns hälsovanor)



3.3 Stress

Nyckeltal 6. Stress bland personer över 16 år

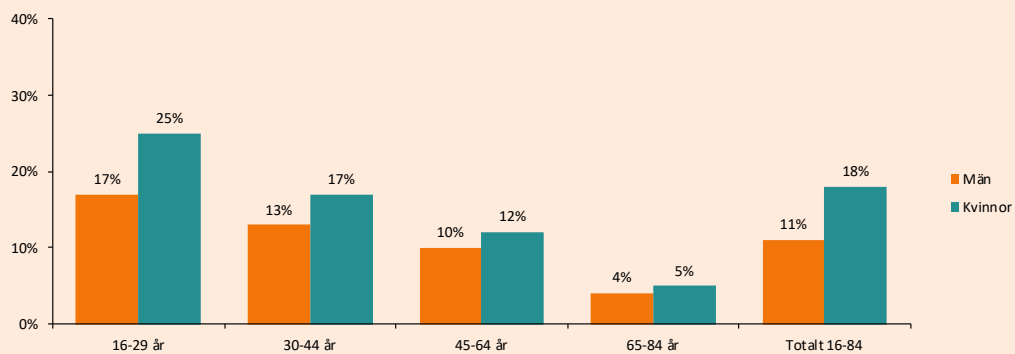
Stress är något som drabbar i stort sett alla människor någon gång i livet och är i sig inget skadligt. Långvarig stress kan dock i vissa fall leda till både fysiska och psykiska problem (7) och är ytterligare ett exempel på ett vanligt psykiskt besvär. I Nationella Folkhälsoenkäten undersöks förekomsten av stress bland personer över 16 år. Stress definieras i detta fall som andelen som uppgett att de för närvarande känner sig ganska eller mycket stressade.

Resultaten från undersökningen år 2020 visar att det är vanligare att besväras av stress bland yngre åldersgrupper än äldre. Kvinnor uppger oftare problem med stress jämfört med män, oavsett åldersgrupp. I yngre åldrar ses en större skillnad mellan könen och bland kvinnor i åldern 16–29 år känner sig omkring en fjärdedel stressade (3).

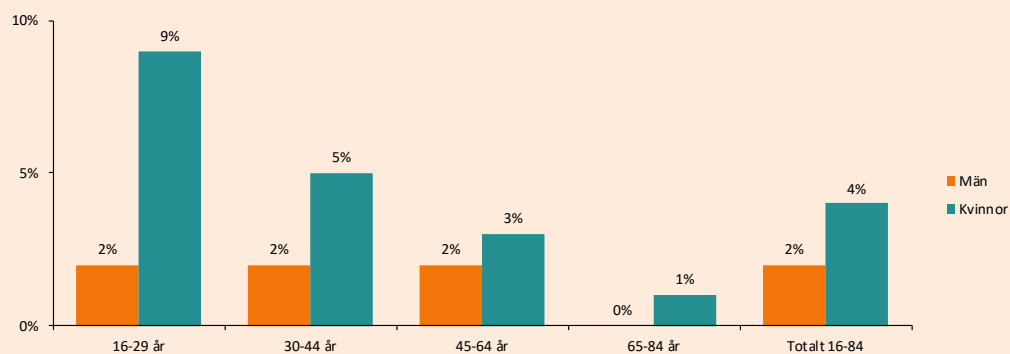
Över en tioårsperiod har andelen kvinnor som känner sig stressade ökat från 15 till 18 procent, där nuläget är på ungefär samma nivå som år 2004 (3).

Andel som har känt sig stressade utifrån ålder och kön

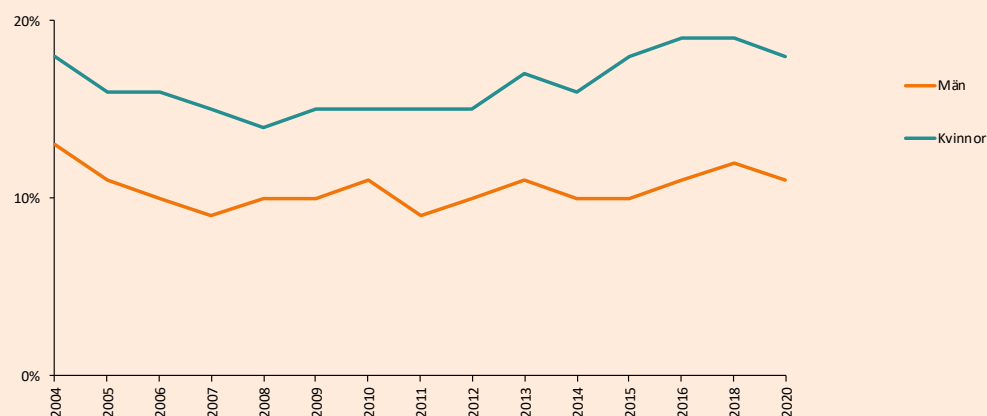
Resultat visas för män respektive kvinnor (16-84 år) år 2020 (Nationella Folkhälsoenkäten)

**Andel som har känt sig mycket stressade utifrån ålder och kön**

Resultat visas för män respektive kvinnor (16-84 år) år 2020 (Nationella Folkhälsoenkäten)

**Andel som har känt sig stressade utifrån kön**

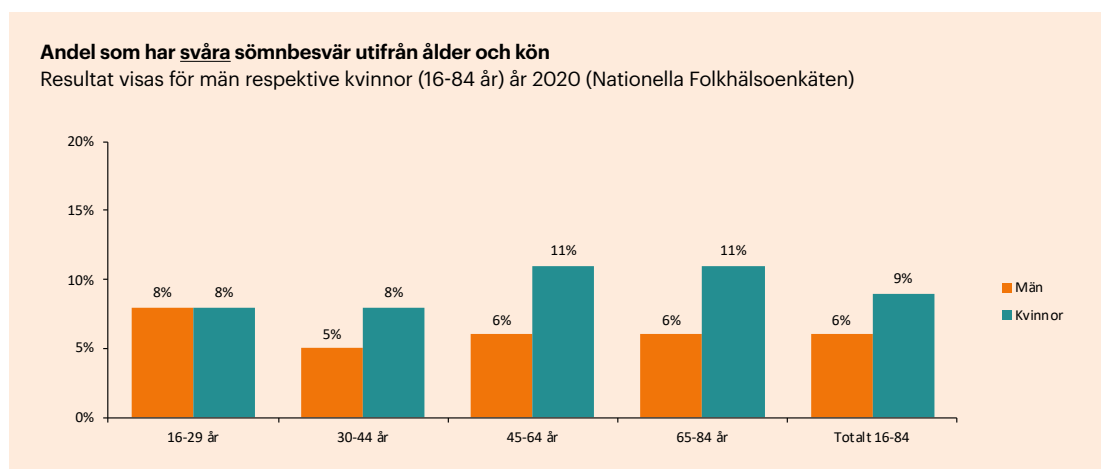
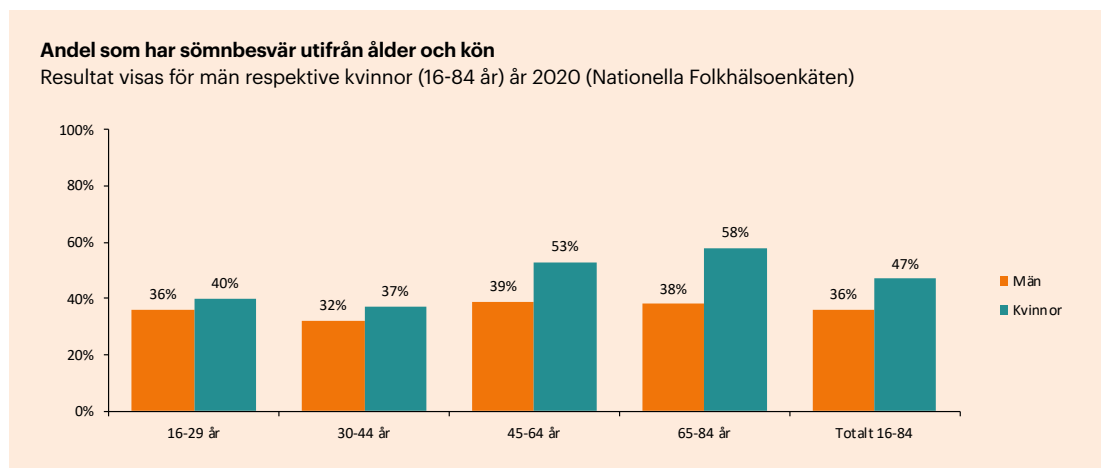
Resultat visas för män respektive kvinnor (16-84 år) år 2004-2020 (Nationella Folkhälsoenkäten)



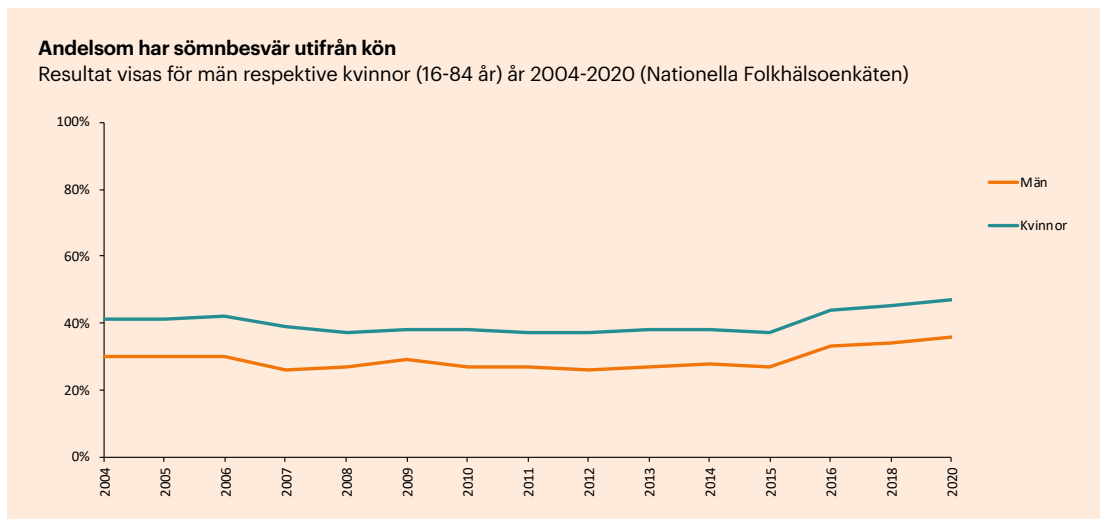
3.4 Sömnsvårigheter

Nyckeltal 7. Sömnsvårigheter bland barn vuxna och barn

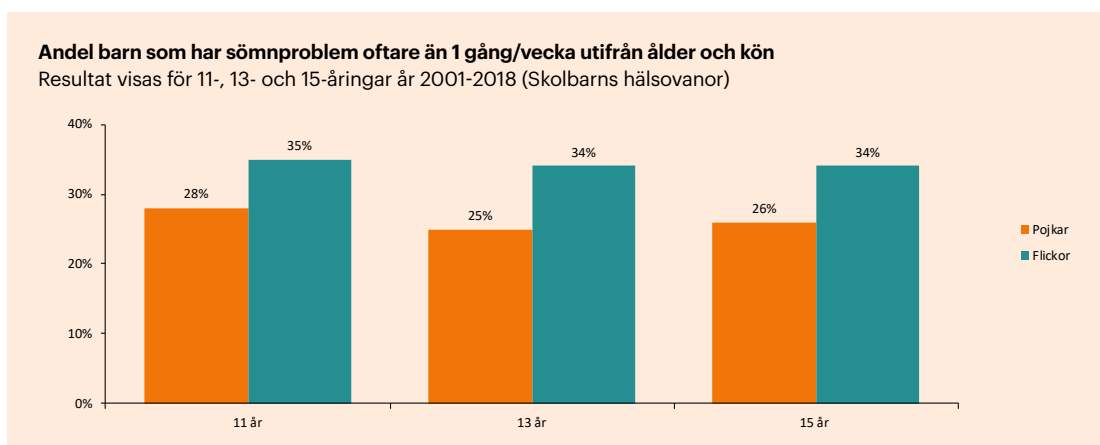
Sömnsvårigheter är en form av psykiska besvär som undersöks återkommande i Nationella Folkhälsoenkäten och i Skolbarns hälsovanor. Som för övriga psykiska besvär uppger kvinnor i högre utsträckning än män att de lider av problem med sömnen. År 2020 uppgav 47 procent av svenska kvinnor och 36 procent av männen att de besväras av lätta eller svåra sömnsvårigheter. Sömnsvårigheter är vanligast förekommande för äldre kvinnor (65–84 år); 58 procent av kvinnorna i denna åldersgrupp uppger att de har besvär med sömnen (3).



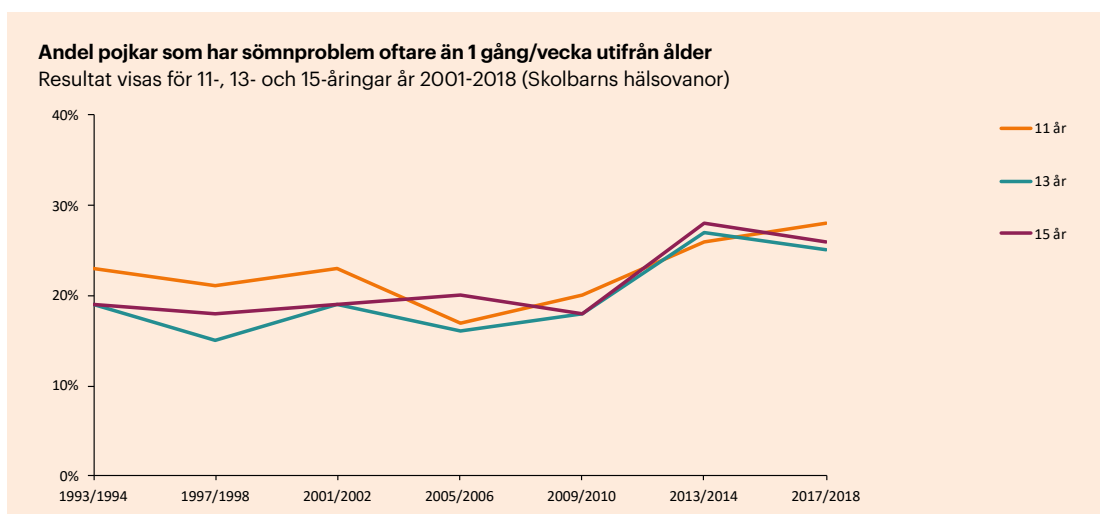
Sedan år 2015 har andelen som upplever sömnsvårigheter ökat från 27 till 36 procent bland män och från 37 till 47 procent bland kvinnor (3).

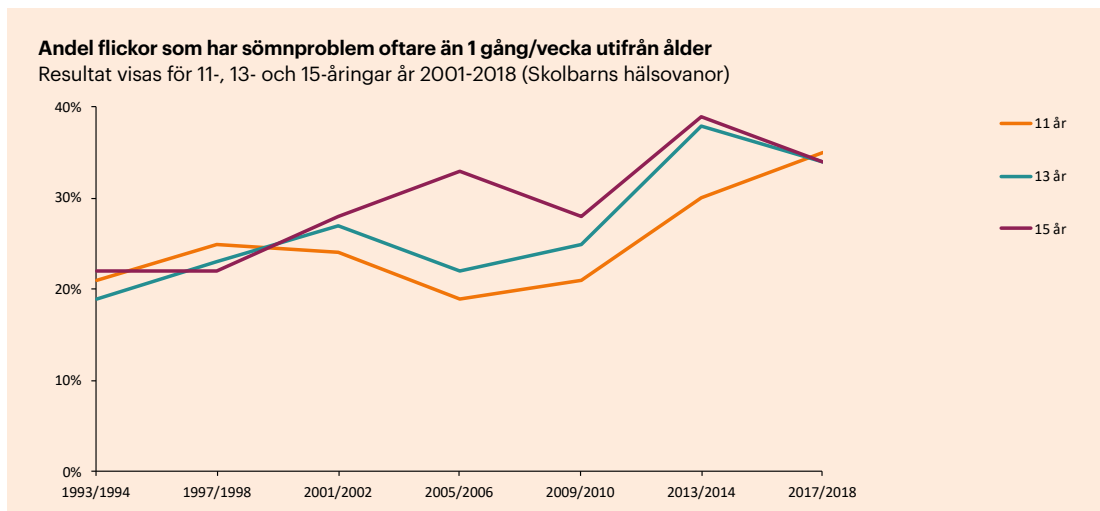


Bland barn är problem med sömnen, här definierat som självrapporterade sömnproblem oftare än en gång per vecka, vanligare bland flickor än bland pojkar. Dock syns ingen större skillnad mellan åldersgrupperna (6).



Andelen tretton- och femtonåringar med sömnproblem hade i den senaste mätningen minskat hos både pojkar och flickor. För elvaåringar hade andelen med sömnproblem ökat från föregående mätning (6).



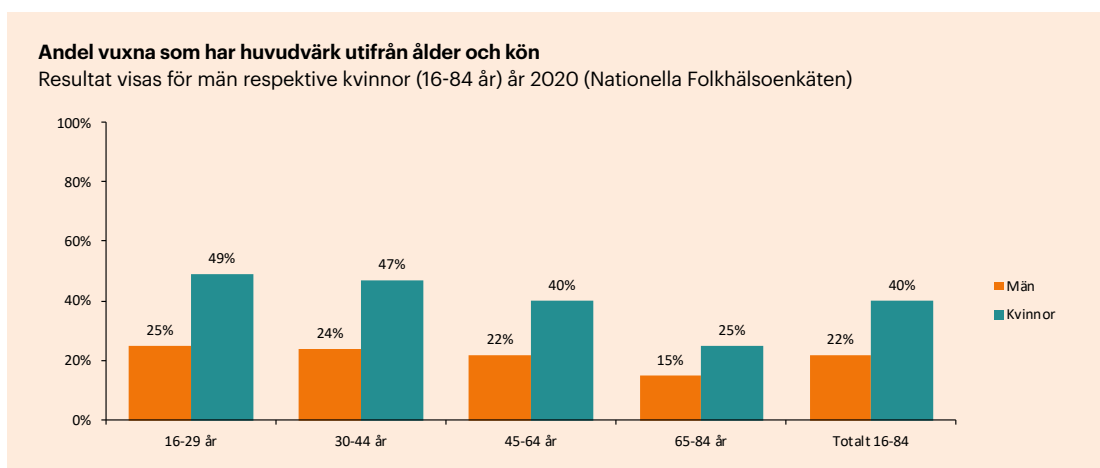


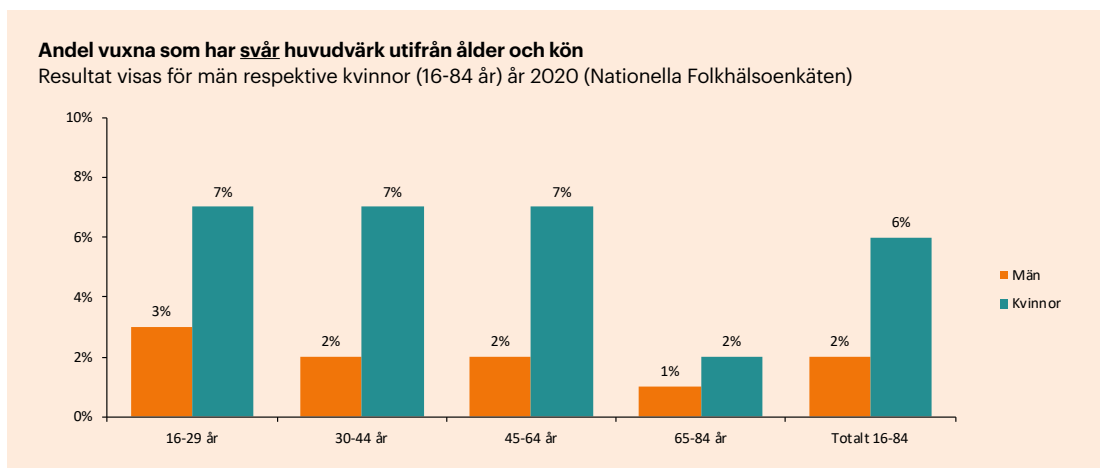
3.5 Psykosomatiska besvär

Nyckeltal 8. Huvudvärk bland vuxna och barn

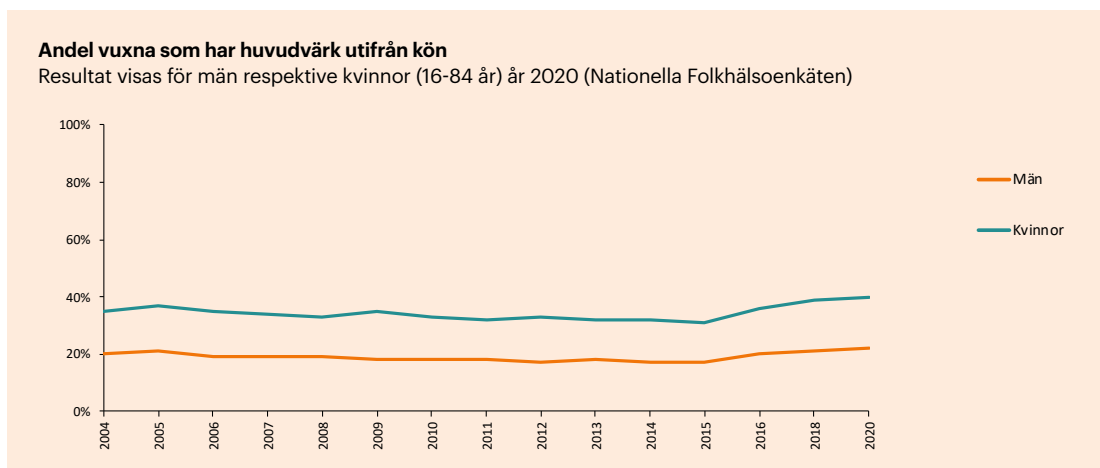
Med psykosomatiska besvär menas kroppsliga symtom som kan ha sin grund i psykiska mekanismer. Huvudvärk är ett exempel på psykosomatiska besvär som undersöks återkommande både i Nationella Folkhälsoenkäten och i Skolbarns hälsovanor.

Likt övriga psykiska besvär (till exempel ängslan, oro eller ångest samt sömnbesvär) är även självrapporterad huvudvärk betydligt vanligare bland kvinnor än män i alla åldersgrupper. Huvudvärk är också vanligare bland yngre åldersgrupper och allra vanligast är det i den yngsta åldersgruppen (16–29 år); nästan hälften av alla kvinnor och en fjärdedel av alla män i denna grupp uppger att de har problem med huvudvärk (3).

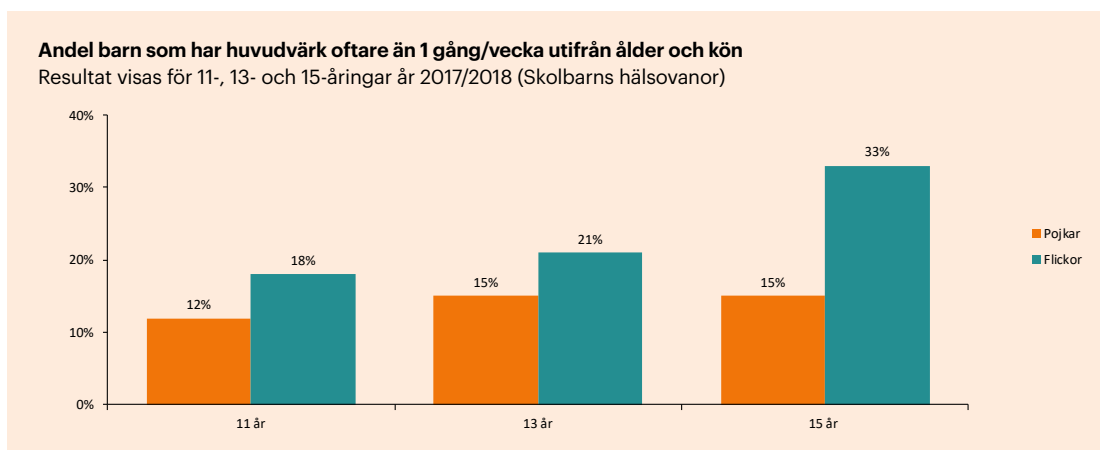




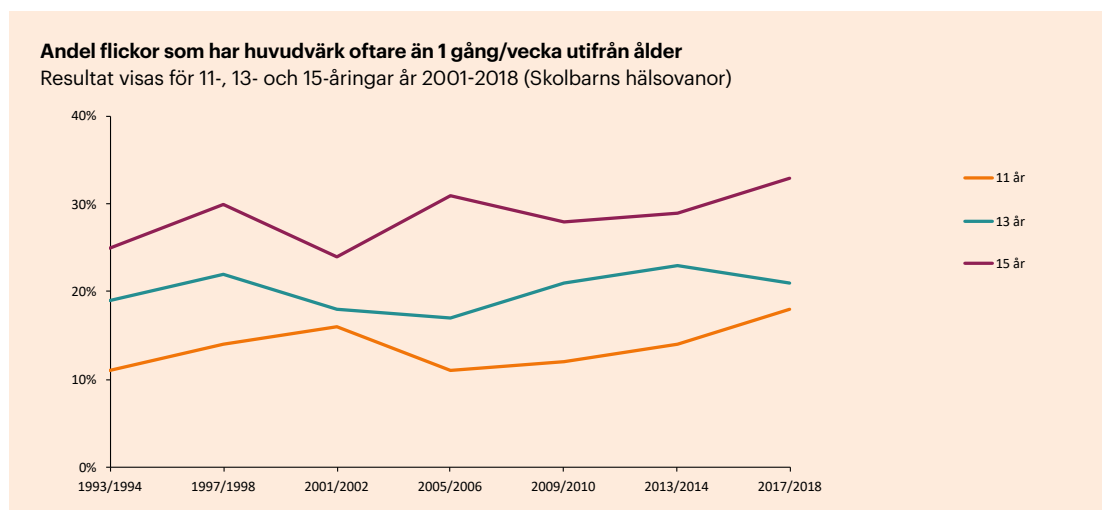
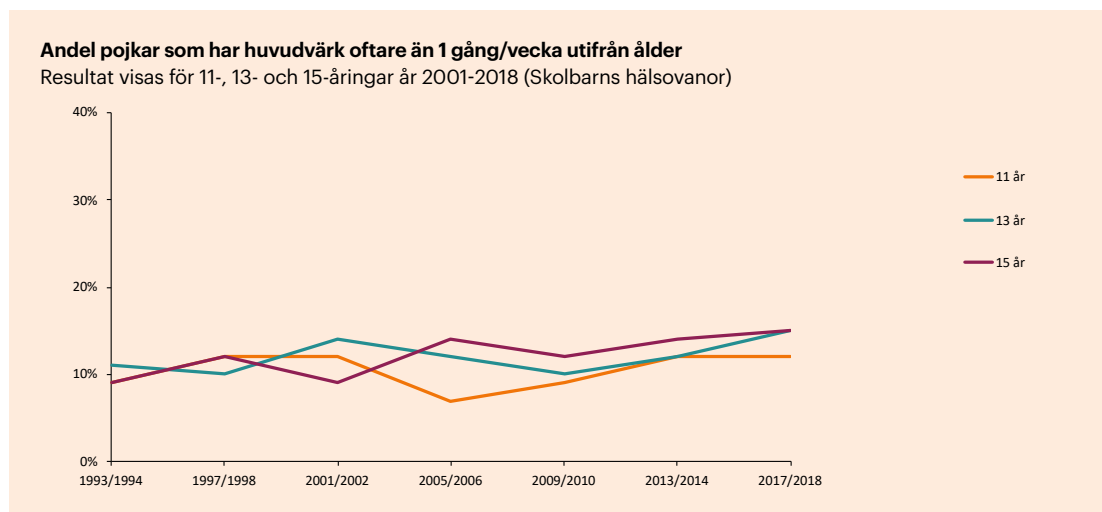
Från år 2015 till år 2020 ses en ökning från 17 procent till 22 procent bland män och från 31 procent till 40 procent bland kvinnor. Detta liknar mönstret för psykiska besvär såsom ångslan, oro eller ångest och sömnproblem (3).



Vad gäller huvudvärk bland barn uppger en tredjedel av alla flickor i femtonårsåldern att de besväras av huvudvärk oftare än en gång per vecka; mer än dubbelt så många som pojkarna i samma ålder. För flickor tycks förekomsten öka med ålder medan det för pojkarna är mer jämt mellan åldrarna (6).

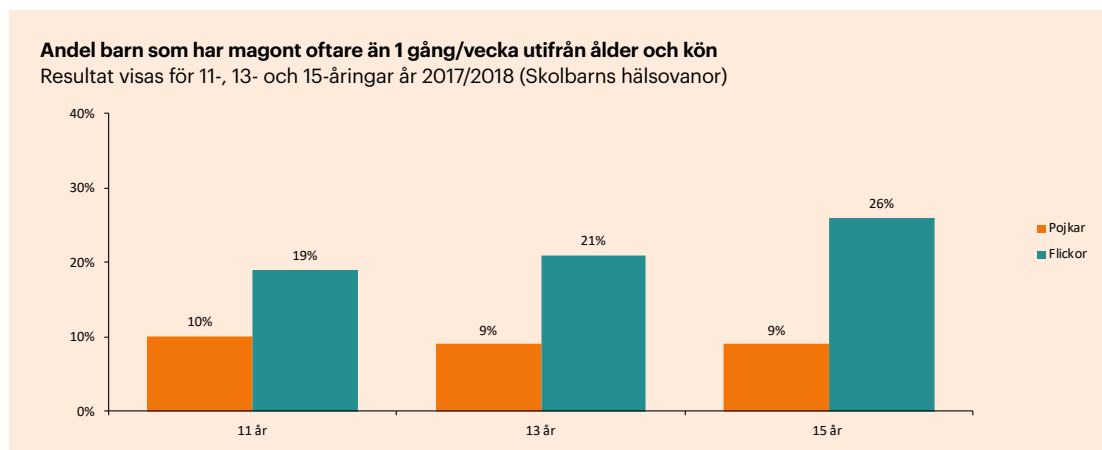


Över tid ligger nivåerna relativt jämt för både pojkar och flickor med en större variation under åren 1997–2009 (6).

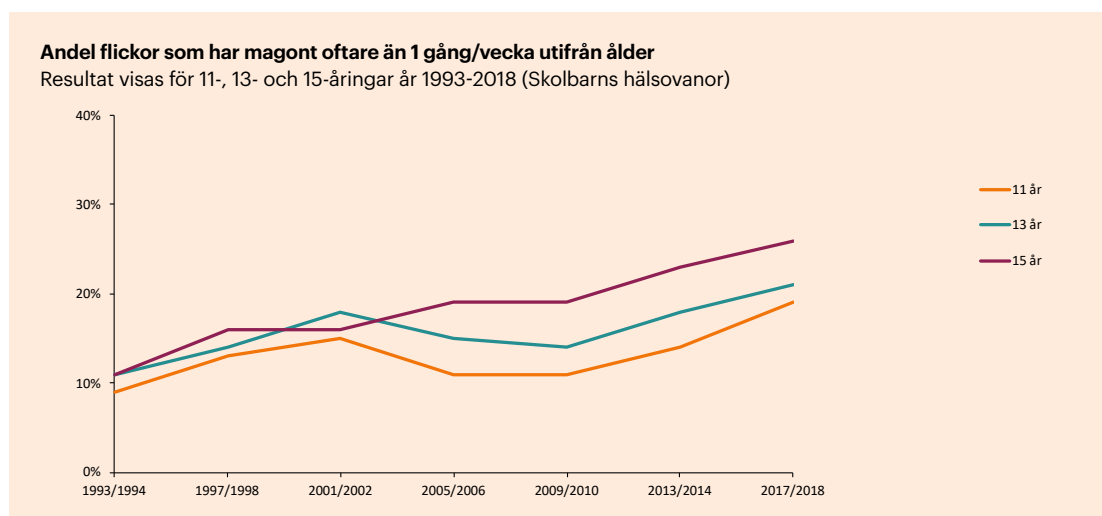
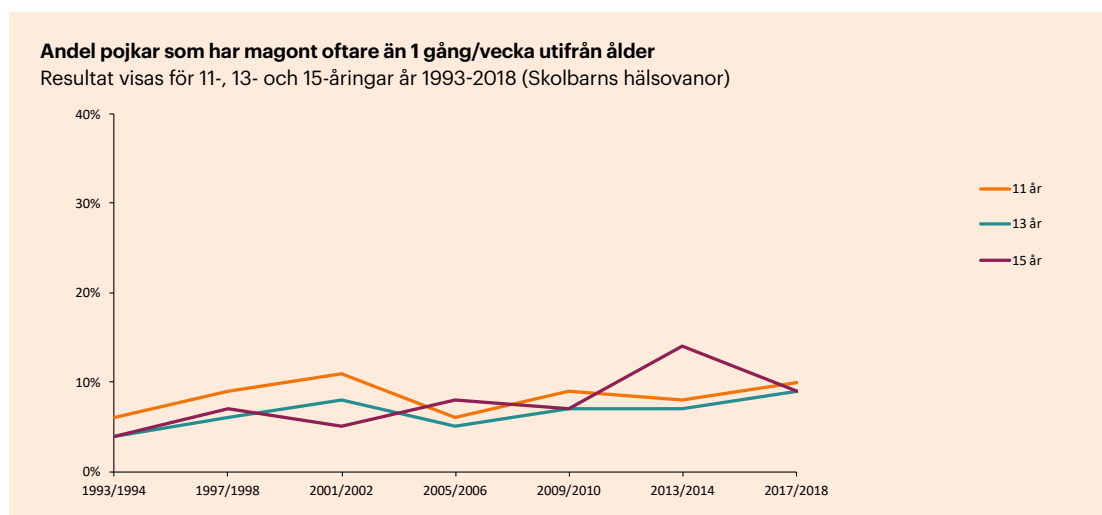


Nyckeltal 9. Magont bland barn

Magont är ytterligare ett exempel på psykosomatiska besvär som undersöks i Skolbarns hälsovanor. Precis som för huvudvärk är psykosomatiska besvär i form av magont mer vanligt förekommande bland flickor än bland pojkar. Bland pojkarna är det ungefär lika stor andel i alla åldersgrupper som uppger besvär med magont medan det för flickorna är mer vanligt förekommande bland de äldre barnen. Vår fjärde flicka i femtonårsåldern beskriver att de har magont oftare än en gång i veckan (6).



För pojkarna ser utvecklingen över tid olika ut i de olika åldersgrupperna; för femtonåringar ses en minskning de senare åren medan det för elva- och trettonåringar syns en svag ökning. För flickor har andelen med magont ökat i alla åldersgrupper (6).



4

PSYKIATRISKA TILLSTÅND

Psykiatriska tillstånd är psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos är uppfyllda. I jämförelse med psykiska besvär utmärker sig psykiatriska tillstånd genom att flera kriterier föreligger för att en diagnos ska kunna ställas och att de symptom som uppstått måste ha varit närvarande under en viss sammanhängande tidsperiod. Det finns även krav på att tillståndet ska medföra en nedsättning av den drabbades psykiska funktionsförmåga. Tillstånden klassificeras utifrån de internationella diagnossystemen ICD/DSM. Psykiatriska tillstånd kan delas upp i två underkategorier; psykiska sjukdomar och syndrom respektive neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF). Ett psykiatriskt tillstånd kan närvara oavsett om det rör sig om en diagnos fastställd av vården eller inte. De vanligaste datakällorna för mätningar av psykiatriska tillstånd utgår samtidigt ifrån hälso- och sjukvården (1).

Det finns flera sätt att mäta förekomsten av psykiatriska tillstånd. Ett är att mäta registrerade besök på vårdmottagningar och sjukhus. Begränsningen med denna metod är att många individer med psykiatriska tillstånd inte söker vård och därför inte kommer att registreras. En annan metod är att låta slumpvis utvalda individer besvara enkäter. Nackdelen är att enstaka frågor i en enkät inte räcker för att fastställa ett psykiatriskt tillstånd. I detta kapitel redovisas i första hand statistik av den första typen för att visa på förekomsten och utvecklingen av olika psykiatriska tillstånd inom hälso- och sjukvården.

Den vårddata som finns tillgänglig nationellt genom Socialstyrelsens patientregister rör endast specialistpsykiatri inom öppen- och slutenvården. Samtidigt bedöms och behandlas de allra flesta psykiatriska tillstånden inom primärvården i Sverige. I dagsläget saknas alltså årlig statistik kring en stor del av den behandling av psykiatriska tillstånd som görs i landet (8). Vidare har det för data som avser den specialiserade öppenvården skett en ökad inrapportering vilket påverkar patientregistrets täckningsgrad. Täckningsgraden har blivit bättre de senaste tjugo åren; från åtta procent år 2001 till närmare nittiotre procent år 2015. Därmed är det viktigt att tolka äldre data och utvecklingen över tid med försiktighet då vissa ökningarna inom den specialiserade öppenvården kan bero på en ökad inrapportering snarare än på att fler söker vård. Detta är särskilt viktigt när det gäller diagnoser som oftare enbart behandlas i öppenvården, exempelvis adhd eller ångest (9).

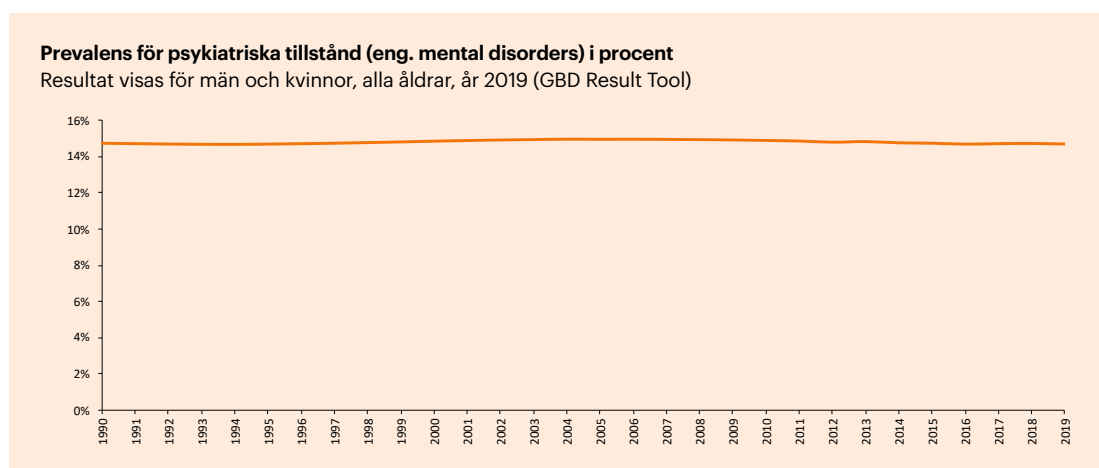
Sammantaget gör detta att den statistik över diagnoser och patienters vårdkontakter som redovisas i detta kapitel inte blir heltäckande. Som beskrivet ovan ger statistiken i detta kapitel inte heller en heltäckande bild av den faktiska förekomsten av psykiatriska tillstånd hos befolkningen då det finns de som inte söker vård. Som ett komplement till vårdens data redovisas därför statistik från andra datakällor, exempelvis data från studier kring prevalens i befolkningen samt sjukskrivningar kopplade till psykisk ohälsa där sjukskrivningar utställda i primärvården ingår.

4.1 Psykiatriska tillstånd – Övergripande mått

Nyckeltal 10. Prevalens av psykiatriska tillstånd

Som ovan nämnt finns det nackdelar med att använda både vårddata och enkätdata för att undersöka förekomst (prevalens) av olika psykiatriska tillstånd. En alternativ metod är att låta ett slumpvis urval i befolkningen besvara en enkät och sedan låta en psykolog eller en läkare undersöka de individer som angivit att de har symptom som tyder på ett psykiatriskt tillstånd. Sådana undersökningen genomförs också och resultaten publiceras, efter faktagranskning, i vetenskapliga tidskrifter (10). Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) i USA sammanställer sådana studier (11). Karolinska Institutet ansvarar för de undersökningar som har genomförts i Sverige. De publicerade undersökningarna gäller olika åldrar. För att kunna presenteras uppgifter om hela befolkningen bearbetas uppgifterna med hjälp av en algoritm (10).

I Sverige förekom psykiatriska tillstånd år 2019 i 15 procent av befolkningen, varav bland kvinnor 16 procent och bland män 13 procent. De vanligaste tillstånden var ångestsyndrom (5,3 procent), egentlig depression (3,6 procent), dystymi (1,5 procent), bipolär sjukdom (1,1 procent), ADHD (0,9 procent) och autismspektrumstörning (0,7 procent). Sedan 1990 har det enligt detta sätt att mäta inte skett någon väsentlig förändring av den samlade förekomsten av psykiatriska tillstånd, vare sig bland vuxna eller bland barn och unga, och inte heller för enskilda psykiatriska tillstånd (10).



Nyckeltal 11. Years Lived with Disability för psykiatriska tillstånd

Genom att studera "Years Lived with Disability" (YLD) är det möjligt att jämföra hur mycket olika sjukdomsgrupper bidrar till den totala sjukdomsördan. Måttet är utvecklat av WHO och det tar hänsyn till den funktionsnedsättning som en viss sjukdom innebär. En YLD motsvarar ett år av ett "friskt" liv, det vill säga ett liv fritt från sjukdom eller funktionsnedsättning, som förlorats på grund av tillståndet. (12). För att beräkna den YLD som kommer av att leva med en viss sjukdom finns särskilda faktorer (funktionsförlustvikter) framtagna baserade på sjukdomens allvarhetsgrad. Om till exempel en ung man får anorexia (som har en funktionsförlustvikt på 0,223) som varar under fem år så kommer mannen ha förlorat 1,115 friska år av sitt liv ($YLD=0,223 \times 5=1,115$) på grund av sin sjukdom (13).

Vid en jämförelse av YLD för olika sjukdomsgrupper framgår att psykiatriska tillstånd (eng. *mental disorders*) är den grupp som har näst högst YLD per 100 000 invånare i Sverige. Psykiatriska tillstånd innebär drygt 2 100 YLD per 100 000 invånare, det vill säga att för varje 100 000 personer i Sverige förloras drygt 2 100 friska livsår på grund av den funktionsnedsättning som tillstånden medför (14). Anledningen till att psykiatriska tillstånd rankas högt utifrån YLD är dels att de är vanligt förekommande, dels den funktionsförlust som de kan innebära för individen (15).



Nyckeltal 12. Antal patienter i specialiserad öppenvård eller slutenvård

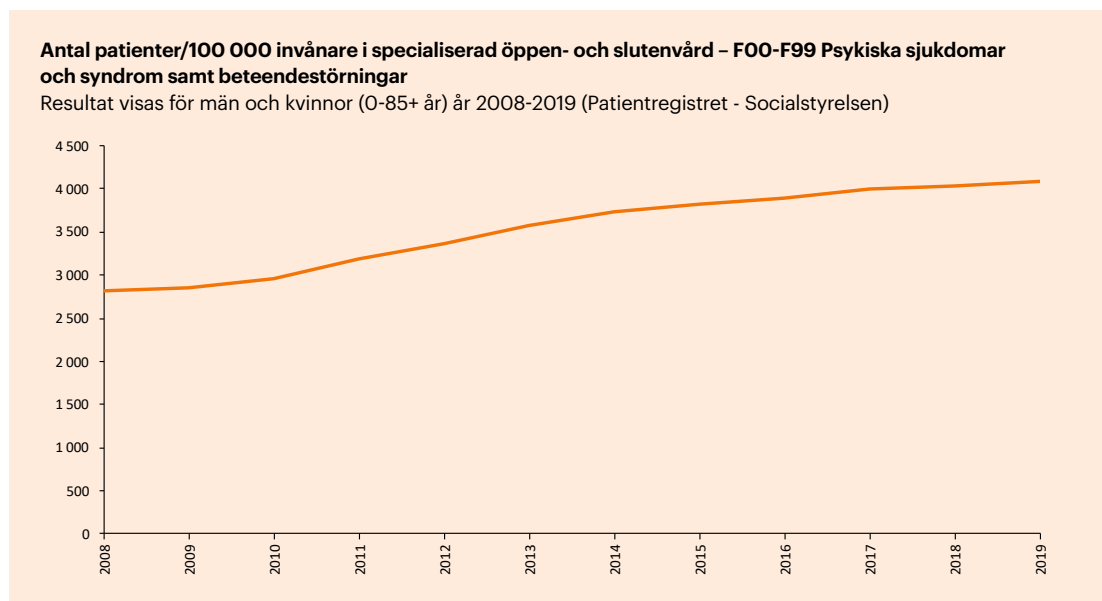
Data från Patientregistret ger möjlighet att undersöka antalet patienter som får vård inom den specialiserade öppenvården och slutenvården.

Data från Patientregistret visar att av det totala antalet patienter inom specialiserad öppenvård och slutenvård med psykiatriska tillstånd⁹, den sjunde största gruppen och står för totalt 5,5 procent av den totala sjukdomsburden år 2019¹⁰.

Antalet patienter med psykiatrisk tillstånd har kontinuerligt ökat över tid, från cirka 2 800 till drygt 4 000 patienter per 100 000 invånare (eller cirka 260 000 till 420 000 patienter totalt) mellan åren 2008 och 2019 (16).

9 Psykiatriska tillstånd benämns som F-diagnoser (F00-F99) eller Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar i ICD-10

10 För en fullständig förteckning över övriga diagnoskoder; se bilaga 3; nyckeltal 11



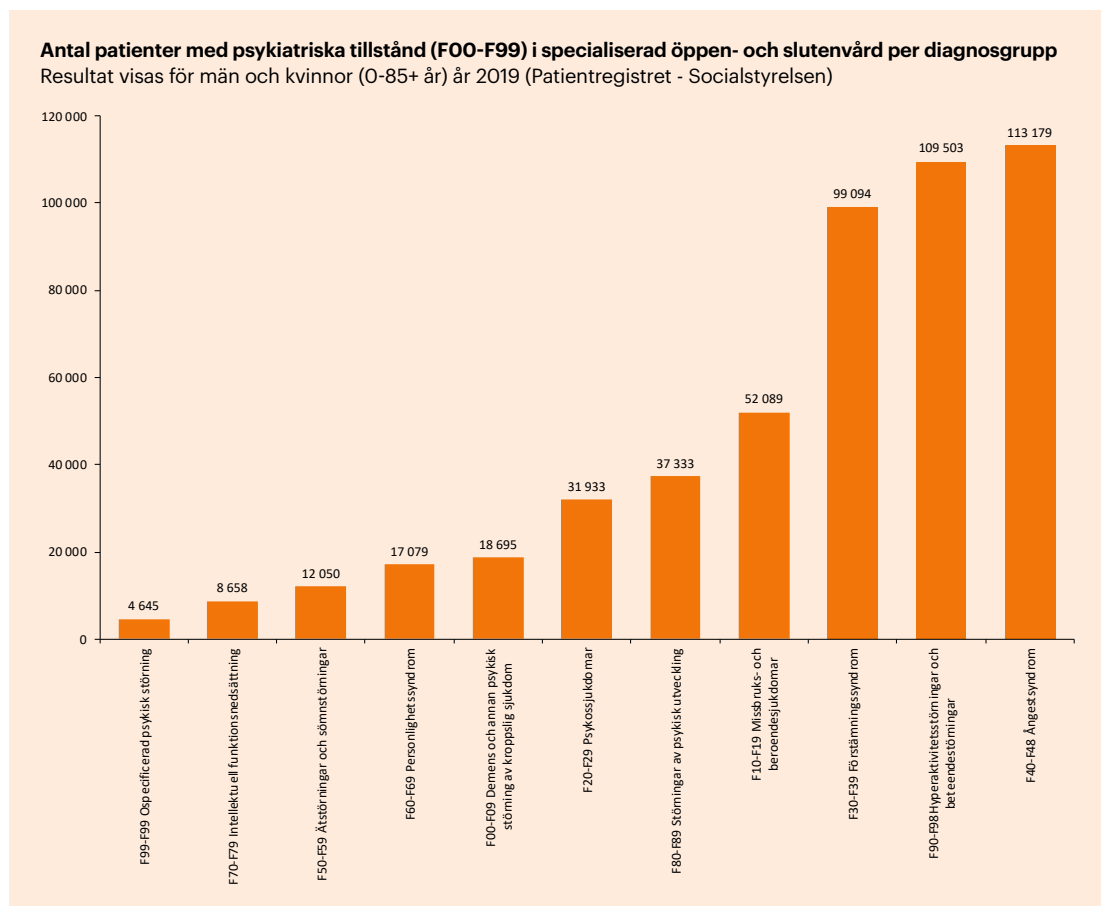
En nedbrytning av gruppen psykiatriska tillstånd visar att de tre vanligaste psykiatriska diagnoserna bland personer som vårdades inom den öppna eller slutna psykiatrin 2019 var ångestsyndrom¹¹ – 22 procent, hyperaktivitetsstörning och beteendestörningar¹² (såsom adhd) – 22 procent, och förstämningssyndrom¹³ – 20 procent¹⁴ (16).

11 F40-F48 Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom

12 F90-F98 Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid

13 F30-F39 Förstämningssyndrom

14 Vid beräkning av de vanligaste typerna av psykiatriska diagnoser används summan av alla patienter inom respektive under-grupp inom F-kapitlet för det aktuella året (2019). Notera att denna summa skiljer sig från antalet unika patienter inom F-kapitlet i stort. Orsaken till denna differens är att en patient kan ha flera diagnoser men räknas endast en gång i F-kapitlet totalt. För att studera förekomst av diagnoser räknas i stället varje undergrupp och en patient med flera diagnoser kan då räknas flera gånger.

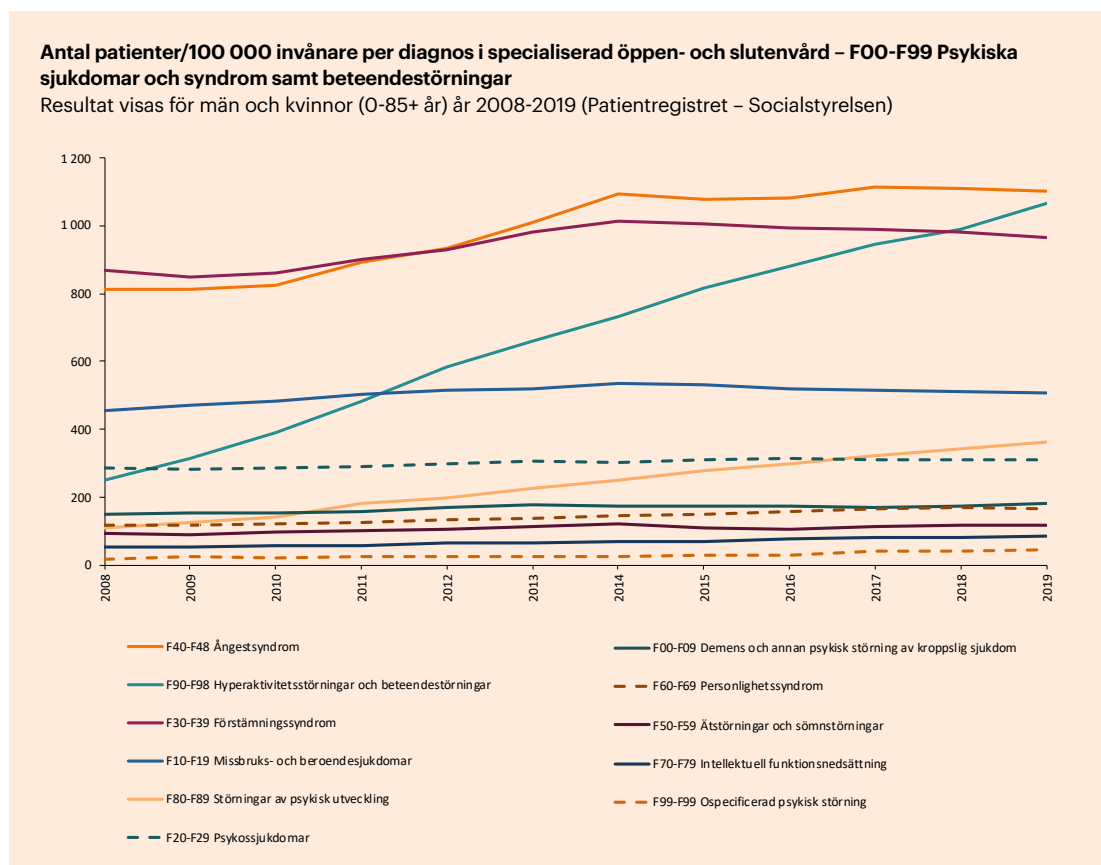


Som tidigare nämnts har det under senare år skett en ökning av antalet patienter med psykiatriska diagnoser som registrerats inom den specialiserade öppen- eller slutenvården. Som figuren nedan visar kan denna ökning till stor del hänföras till ett fåtal diagnoser. Antalet patienter med hyperaktivitetsstörning och beteendestörningar såsom *adhd*¹⁵ har under perioden 2008–2019 femdubblats; från 23 000 patienter år 2008 till 110 000 patienter år 2019. Denna ökning av patienter; nästan 90 000 patienter; står för 42 procent av ökningen av alla diagnoser kopplade till psykiatriska tillstånd¹⁶ (16).

Även ångestsyndrom (F40-F48) och det som benämns som störningar av psykisk utveckling (F80-F89) (i denna grupp ingår exempelvis autism och Aspergers syndrom) står för stora andelar av den totala ökningen inom psykiatrin; 18 respektive 13 procent. Störningar av psykisk utveckling den diagnosgrupp som ökat mest under perioden 2008 till 2019; en ökning på 370 procent (16).

15 F90-F98 Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid

16 I förhållande till ökningen av alla ingående diagnoser kopplade till psykiatriska tillstånd (F-diagnoser) för det aktuella året (2019)



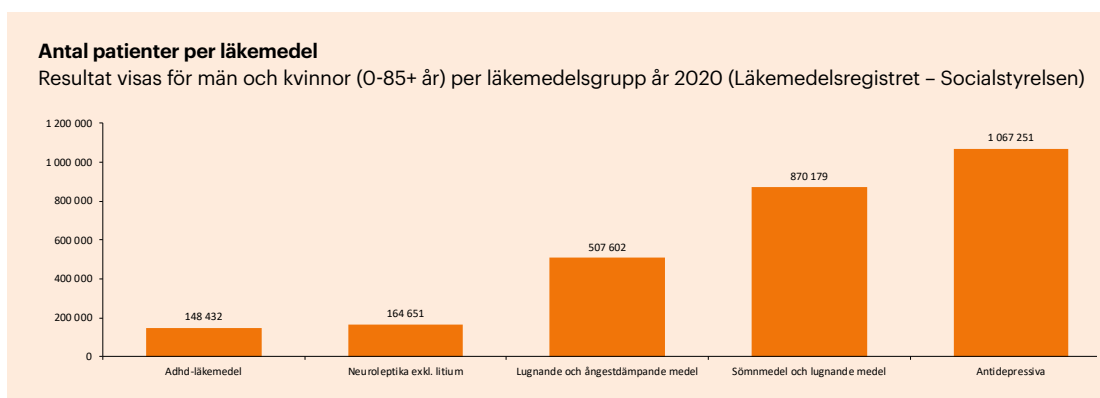
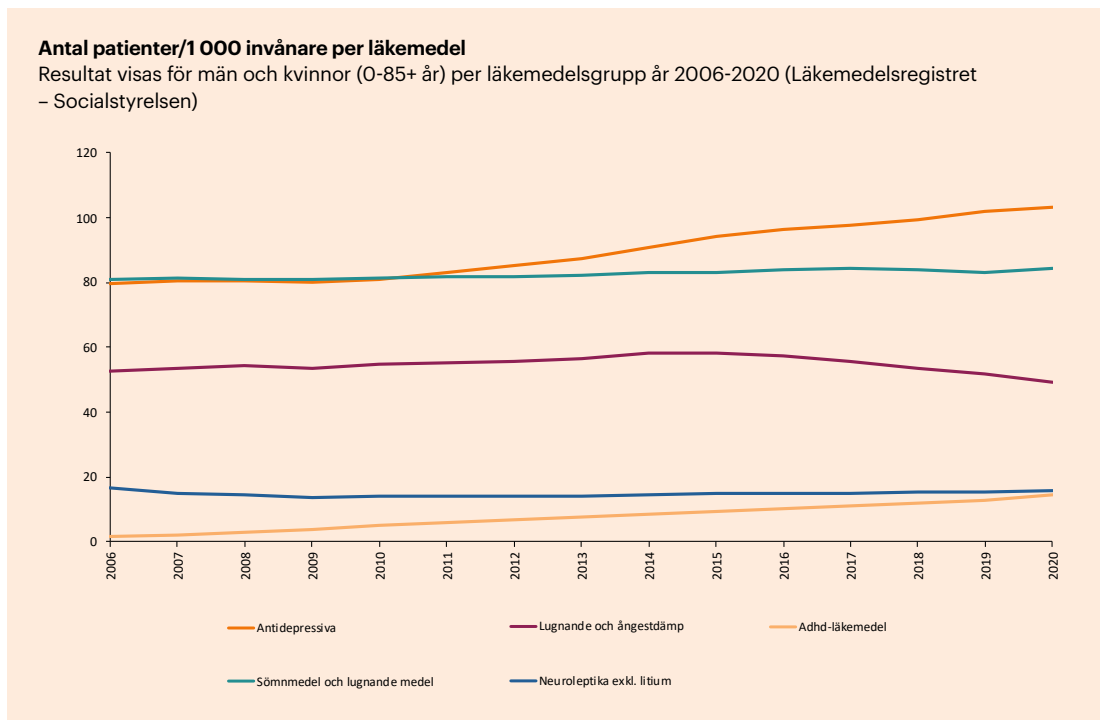
Nyckeltal 13. Användning av psykofarmaka

Användning av psykofarmaka ger oss information om en del av de behandlande åtgärder som kan erbjudas vid psykisk ohälsa. En ökad användning av psykofarmaka innebär samtidigt inte en motsvarande ökning av psykisk ohälsa i samhället, eftersom förskrivning är ett resultat av både behov hos befolkningen, vårdsökande och praxis inom hälso- och sjukvården. Viktigt att notera är också att psykofarmaka även kan förskrivas som behandling av psykiska besvär, såsom stress, oro och sömnproblem, och inte enbart vid psykiatriska tillstånd. Vidare används ofta vissa läkemedel för flera olika sjukdomstillstånd, och inte bara för den indikation som läkemedlet ursprungligen har utvecklats för (17).

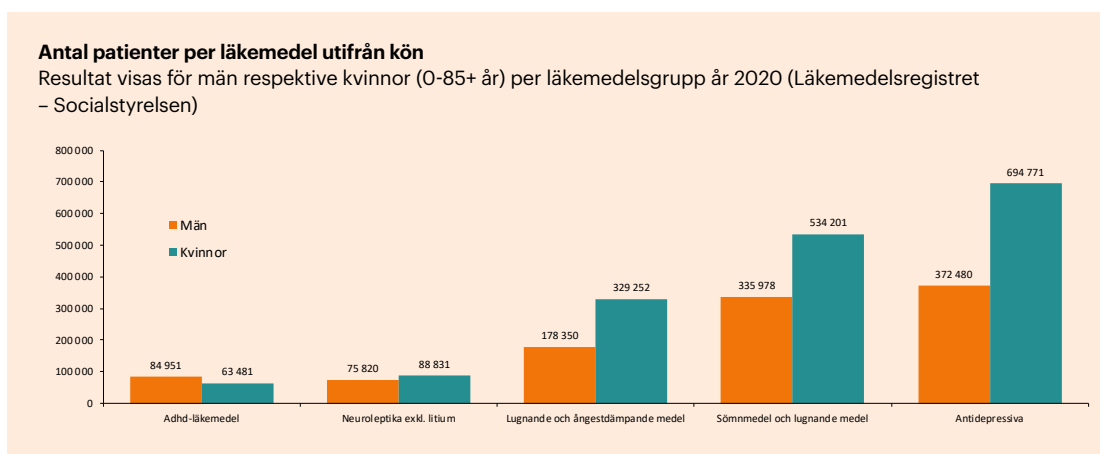
De senaste tio åren (år 2010–2020) har antalet patienter som hämtat ut psykofarmaka¹⁷ ökat med 25 procent (18). En rapport från år 2017 visar att förskrivningen av psykofarmaka som helhet ökar även bland barn och unga vuxna, i vissa fall snabbare än ökningen av psykisk ohälsa (17). Bakom ökningen bland både barn och vuxna står i huvudsak två läkemedelsgrupper: antidepressiva och läkemedel för adhd. För lugnande och ångestdämpande medel ses en nedgång i antalet patienter som gjort uttag av läkemedel de senaste fem åren (18).

Av de psykofarmaka som hämtats ut av en patient vid minst ett tillfälle under året står antidepressiva för den enskilt största andelen. Detta följs av sömnmedel och lugnande medel samt lugnande och ångestdämpande medel. Ungefär var tionde invånare gjorde ett uttag av ett antidepressivt läkemedel under år 2020, vilket innebär en ökning med drygt 40 procent de senaste tio åren (år 2010–2020) (18). Enligt en sammanställning av Socialstyrelsen år 2020 var antidepressiva den femte vanligaste läkemedelsgruppen i Sverige, det vill säga ett av de läkemedel som hämtades ut av flest patienter under året (19). Motsvarande siffra för adhd-läkemedel är betydligt lägre; cirka 15 patienter per 1 000 invånare hämtade under år 2020 ut någon form av läkemedel för adhd. Utvecklingen inom detta område visar dock på en mycket snabb ökning; en tredubbling under den senaste tioårsperioden (18).

17 Avser adhd-läkemedel, antidepressiva, lugnande och ångestdämpande medel, neuroleptika (exkl. litium) samt sömnmedel och lugnande medel



Kvinnor gör generellt fler uttag av psykofarmaka jämfört med män. Undantaget är adhd-läkemedel där män står för knappt 60 procent av uttagen (18).

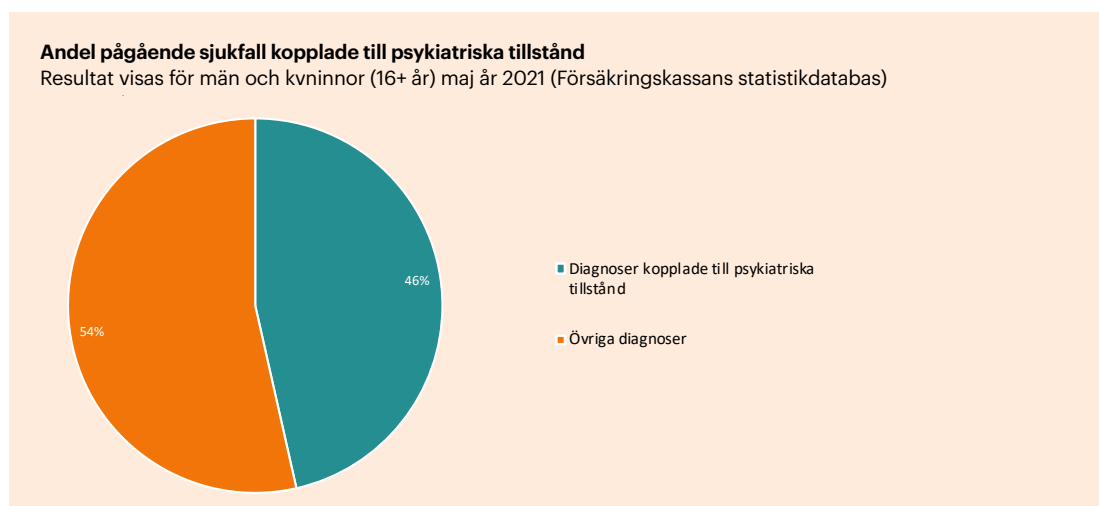


Nyckeltal 14. Antal pågående sjukfall kopplade till psykisk ohälsa

Antalet sjukskrivningar kopplade till psykisk ohälsa ger en fingervisning kring den psykiska ohälsans påverkan på arbetslivet och arbetslivets inverkan på den psykiska ohälsan. Som tidigare nämns i den inledande delen av detta kapitel finns vissa begränsningar med en del av den data som används i denna rapport. Socialstyrelsens Patientregister inkluderar exempelvis bara data från specialiserad öppenvård och slutenvård men saknar data från exempelvis primärvården där många psykiatriska tillstånd bedöms och behandlas. Den data som följer under detta nyckeltal inkluderar även de sjukskrivningar som utfärdas inom primärvården och ger därför en mer heltäckande bild av den psykiska ohälsan och dess påverkan på en persons arbete.

I maj år 2021 var knappt 80 000 personer sjukskrivna på grund av psykiatriska tillstånd¹⁸; en siffra som motsvarar knappt 1,1 procent av den arbetsföra befolkningen¹⁹. Av dessa var 68 000 personer, eller 0,9 procent av den arbetsföra befolkningen, långtidssjukskrivna (20). Psykiatriska tillstånd är därmed den vanligaste orsaken till sjukskrivningar i Sverige och står totalt för 46 procent av alla pågående sjukfall. Det är överlag vanligare att kvinnor är sjukskrivna än män och i fallen med sjukfall kopplade till psykiatriska tillstånd utgör kvinnorna 70 procent av alla sjukskrivningar. För kvinnor är det även vanligare att vara sjukskriven på grund av psykiatriska tillstånd än för män; för kvinnor står denna typ av diagnoser bakom hälften av alla sjukfall medan motsvarande för män är det knappt 40 procent (20).

Personer sjukskrivna för psykiatriska tillstånd har längre sjukskrivningar än genomsnittet för andra sjukdomar – längre än vid såväl hjärt- och kärlsjukdomar som vid tumörsjukdomar – och risken att återfalla i sjukskrivning är större för denna grupp. I över en tredjedel av alla sjukfall kopplade till psykiatriska tillstånd sker återfall i sjukskrivning inom tre år (21).



År 2018/19 var så kallad ”stressrelaterad psykisk ohälsa”²⁰, den vanligast förekommande²¹ orsaken till sjukskrivningar på grund av psykiatriska tillstånd (45 procent bland män respektive 57 procent bland kvinnor). Utmattningssyndrom, en av diagnoserna inom gruppen stressrelaterad ohälsa, står även för en stor andel av det totala antalet diagnoser kopplade till psykiatriska tillstånd; 19 procent bland kvinnor och 14 procent bland män. Utmattningssyndrom har även ökat kontinuerligt över tid och har generellt en lång sjukfallslängd, vanligtvis runt ett halvår. Den ökade förekomsten av just utmattningssyndrom tros därför kunna vara en starkt bidragande faktor till att sjukfallslängden för psykiatriska diagnoser som helhet ökat över tid (22).

18 F00-F99 Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar

19 Den arbetsföra befolkningen definieras enligt Statistiska Centralbyråns Arbetskraftsundersökning (AKU) som summan av antalet personer i arbetskraften (sysselsatta samt arbetslösa) och antalet utanför arbetskraften (sjuka, heltidsstuderande, pensionärer och övriga). I maj år 2021 uppgick denna siffra till 7 517 800 personer.

20 F43 Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress

21 Avser sjukfall längre än 14 dagar startade 2018/2019

4.2 Psykiska sjukdomar och syndrom

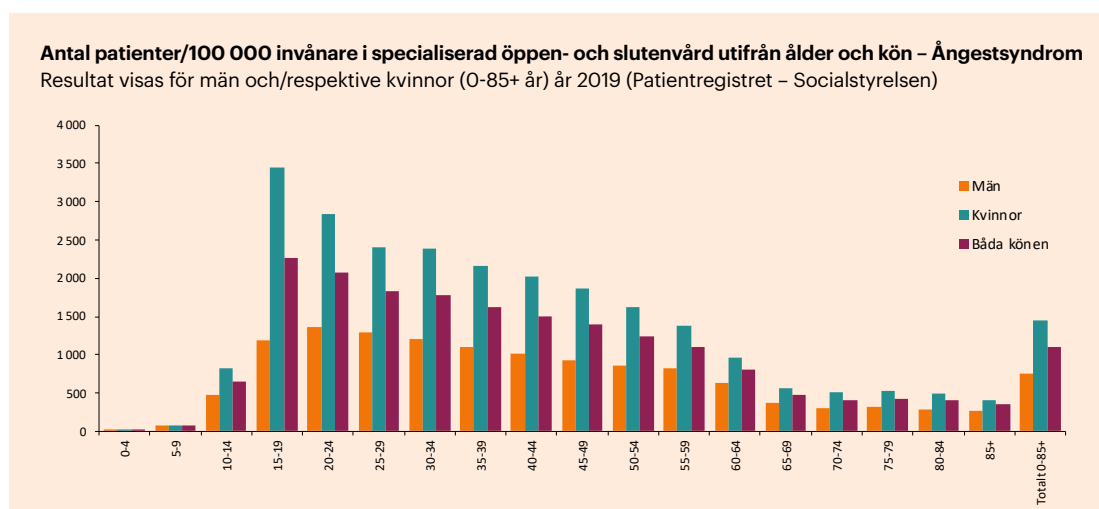
Bland psykiska sjukdomar och syndrom utgör förstärnings- och ångestsyndrom de enskilt största diagnosgrupperna. Patienter med förstärningssyndrom, såsom depression, och ångestsyndrom utgör också tillsammans en majoritet av de totala psykiatriska diagnoserna i den specialiserade öppenvården och slutenvården (16).

Bland de som lider av depression eller ångestsyndrom är det även vanligt förekommande att samtidigt ha en eller fler andra diagnoser. Bland barn och unga med depression eller ångestsyndrom har ungefär var femte även någon form av neuropsykiatrisk problematik och bland de som vårdas i den specialiserade vården har en av sju även en missbruksdiagnos (23).

Undersökningar visar att antalet barn och unga som vårdas i psykiatri på grund av depression eller ångest har ökat under det senaste decenniet och att tillstånden för många är långvariga med bestående men långt efter diagnostisering. Som exempel har antalet barn och ungdomar med depression eller ångestsyndrom som fått insatser från barn- och ungdomspsykiatri mer än tredubblats under perioden 2006 till 2019. Man ser även att flertalet unga som får en diagnos tidigt i livet får svårt att etablera sig i arbetslivet – nästan var fjärde person som tidigt diagnosticerats med depression eller ångest stod efter tio år utanför arbetsmarknaden eller fick någon form av ekonomiskt bistånd (23).

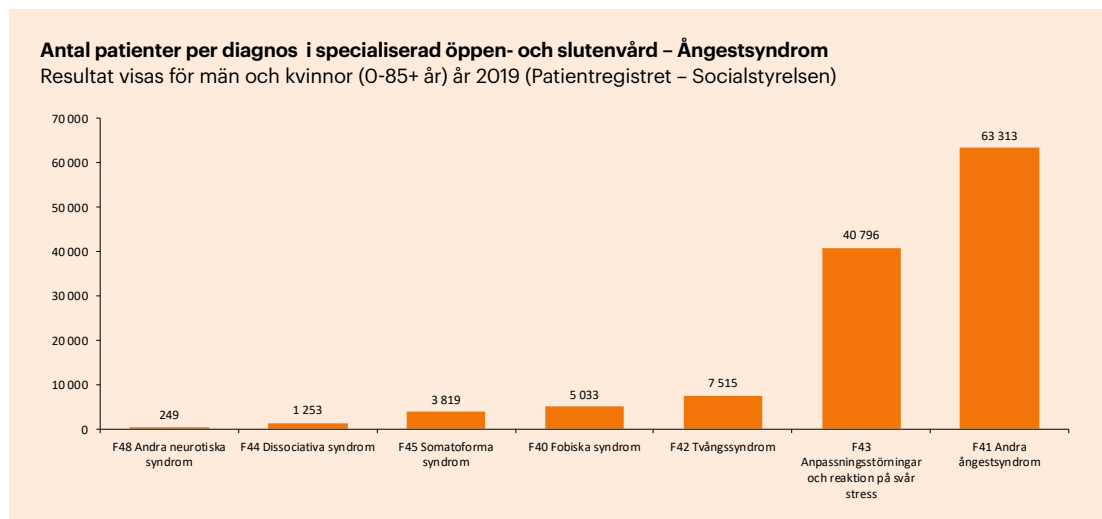
Nyckeltal 15. Ångestsyndrom bland barn och vuxna

Ångestsyndrom är den största diagnosgruppen bland psykiska sjukdomar och syndrom. Totalt står gruppen för 22 procent av alla patienter med någon form av diagnos kopplad till psykiatriska tillstånd (16). Ångestsyndrom är nästan mer än dubbelt så vanligt förekommande bland kvinnor än bland män. Bland kvinnor är diagnoserna vanligast i åldrarna mellan 15–19 år och bland män i åldrarna 20–24 år (16).

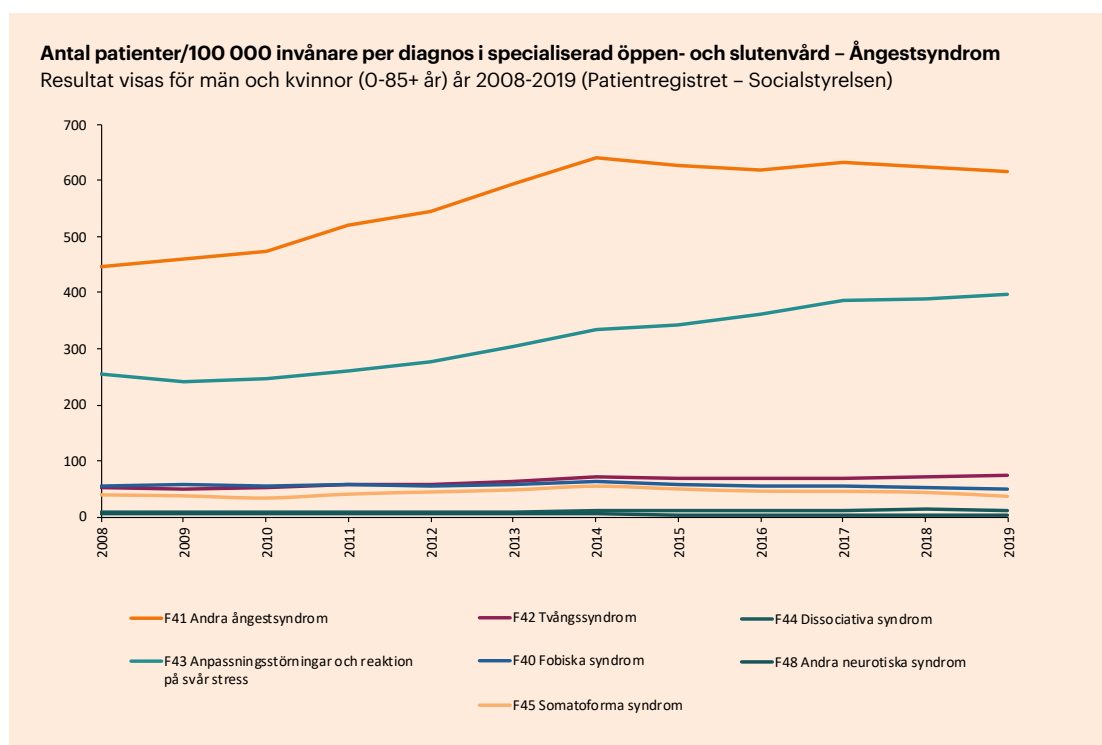


Det är främst två undergrupper av diagnoser som står för den största delen av antalet patienter inom denna grupp; ”andra ångestsyndrom”²², där exempelvis paniksyndrom och generaliserat ångestsyndrom ingår samt ”anpassningsstörningar och reaktion på svår stress”, där exempelvis utmattningssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) ingår (16).

22 F41 Andra ångestsyndrom



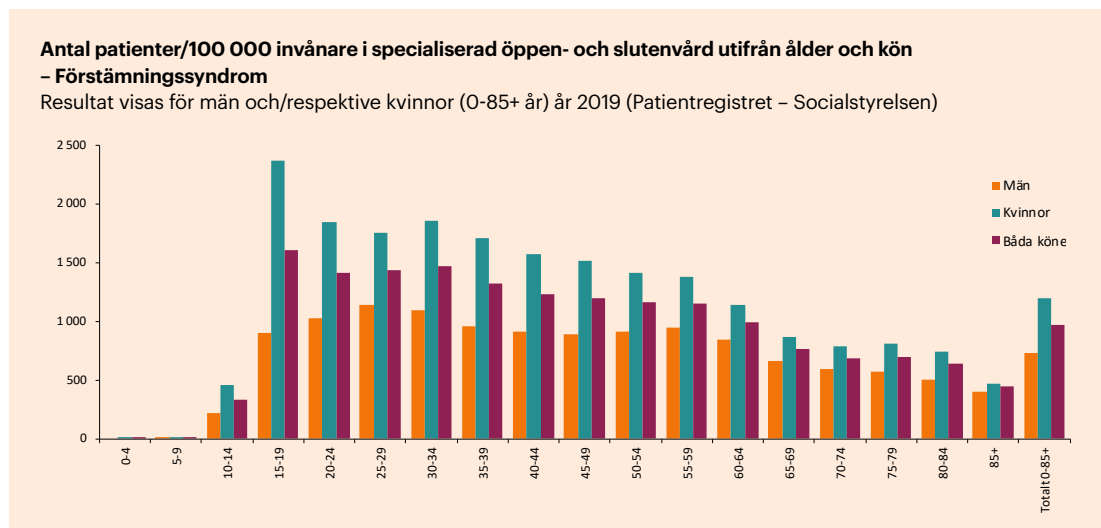
Över tid har antalet patienter med ängestsyndrom ökat, både bland kvinnor och bland män. Bland kvinnor med stressrelaterad ohälsa har det närmast skett en fördubbling av antalet patienter på en tioårsperiod (från drygt 13 600 patienter år 2008 till 28 000 patienter år 2019) (16).



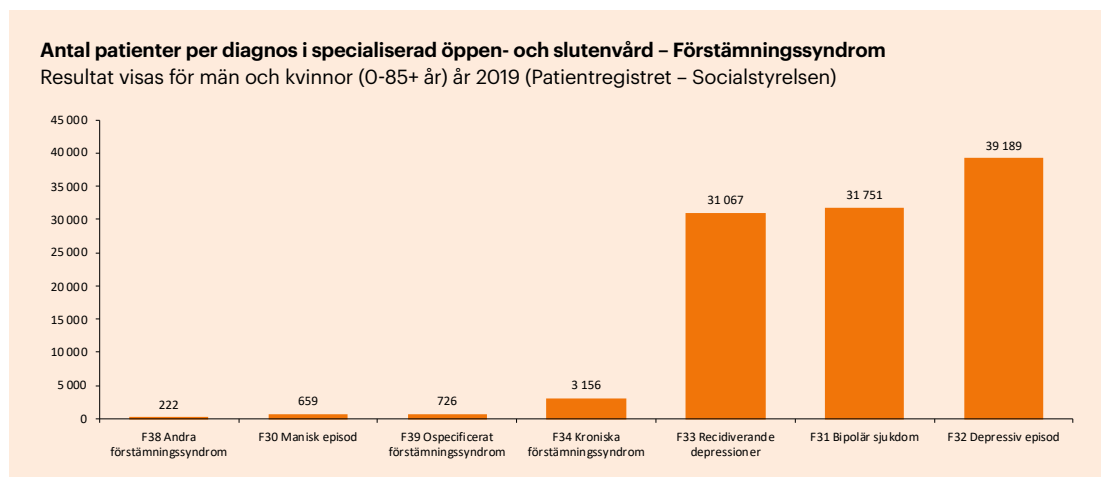
Nyckeltal 16. Förstämningssyndrom bland barn och vuxna

Förstämningssyndrom är en av de största diagnosgrupperna av alla psykiatriska diagnoser; en femtedel av de patienter som besöker öppen- eller slutenvården med en psykiatrisk diagnos har någon form av förstämningssyndrom (16).

Förstämningsdiagnoser är, likt ångestsyndrom, vanligare bland kvinnor än bland män, i vissa åldrar (exempelvis åldrarna 15–19 samt 85+ år) så mycket som dubbelt så vanligt. De åldersgrupper som särskilt utmärker sig är gruppen 15–19 år bland kvinnor respektive gruppen 25–29 år bland män (16).



Av förstämningssyndromen är det tre undergrupper av diagnoser som dominerar och står för 96 procent av alla patienter. Dessa är bipolär sjukdom²³, depressiv episod²⁴ samt recidiverande, eller återkommande, depressioner²⁵ (16).

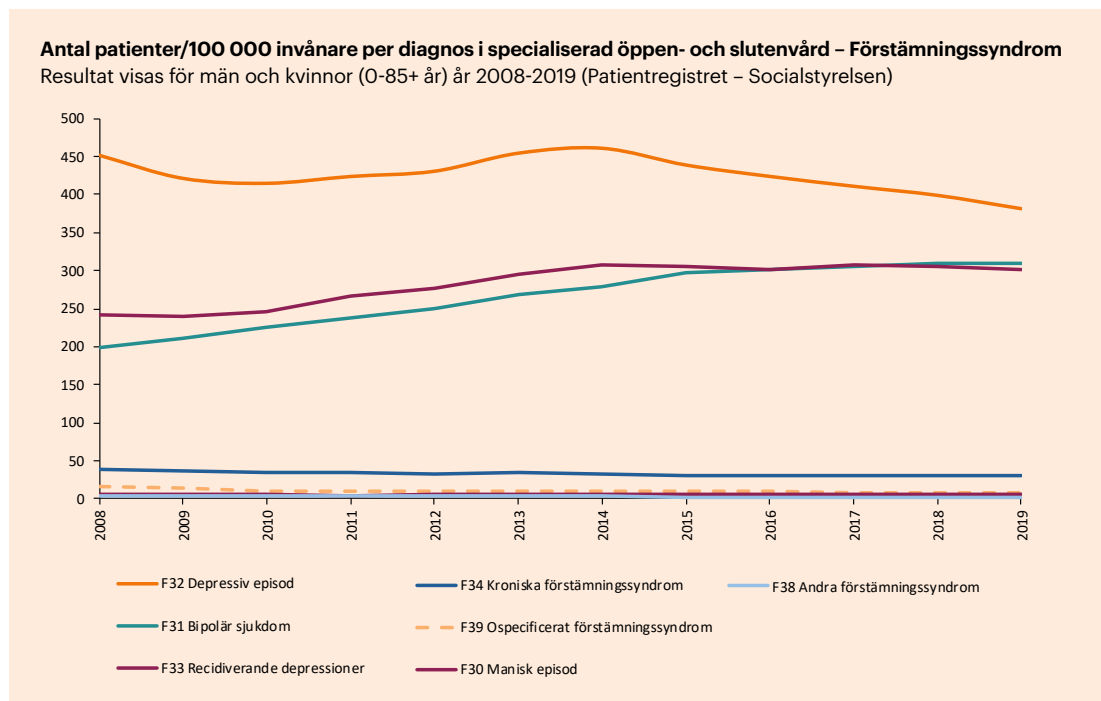


23 F31 Bipolär sjukdom

24 F32 Depressiv episod

25 F33 Recidiverande depressioner

Totalt har det under perioden 2008 till 2019 skett en ökning av antalet patienter med diagnoser inom förstämningssyndrom (från 870 till 965 patienter per 100 000 invånare). Bland underdiagnoserna har det skett en ökning inom två av de tre största diagnoserna under samma tidsperiod (år 2008–2019); bipolär sjukdom och recidiverande depressioner. Samtidigt ses en nedgång i antalet patienter diagnostiserade med depressiv episod (16).



Nyckeltal 17. Missbruk och beroende bland vuxna

Missbruk och beroende är en former av psykiatriska tillstånd. Det finns samtidigt tydlig evidens för dubbelriktade samband mellan missbruk och annan psykisk ohälsa, där missbruk av alkohol och narkotika kan vara ett sätt att lindra psykiskt lidande. Samtidigt kan missbruk av vissa substanser i sig utlösa psykiska sjukdomar såsom psykoser (24).

Samsjuklighet, det vill säga förekomsten av både missbruk och något ytterligare psykiatriskt tillstånd, är vanligt förekommande bland personer som lider av ett missbruk eller beroende. Studier visar att personer i missbruk eller beroende har mer än dubbelt så hög risk att drabbas av en annan psykisk sjukdom och att hälften av de som vårdas för ett missbruk lider av någon ytterligare psykisk sjukdom, vanligtvis ångest- och depressionstillstånd eller personlighetsstörningar. En av fem personer som har ett diagnostiserat missbruk av alkohol eller narkotika har även en adhd-diagnos. På motsvarande sätt uppskattas mellan 20 och 30 procent av de som vårdas för någon form av psykisk ohälsa även ha problem med missbruk eller beroende (25).

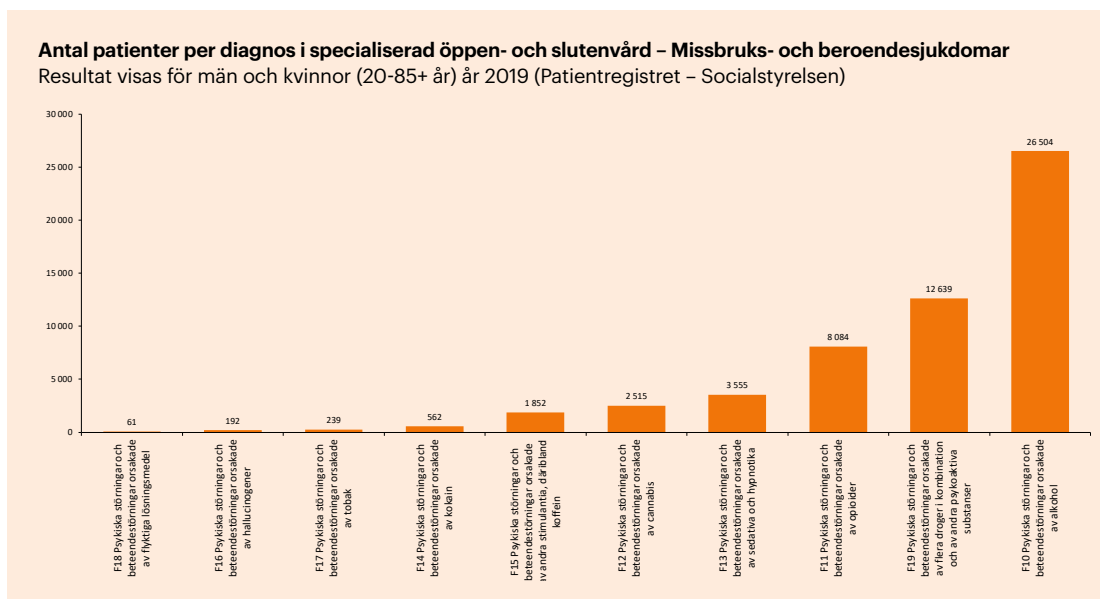
I den statliga översyn som genomfördes av missbruks- och beroendevården i Sverige 2009–2011 (den så kallade Missbruksutredningen) uppskattades omkring 780 000 personer över 18 ha ett missbruk av alkohol, varav 330 000 ett beroende. Antal personer med missbruk eller beroende av narkotika har skattats till 55 000 (25).

Det är dock långt ifrån alla som söker eller får vård för sina problem (25). År 2019 registrerades drygt 56 000 vuxna patienter²⁶ i den specialiserade öppenvården och slutenvården gällande någon form av missbruks- eller beroendesjukdom²⁷. Av dessa var majoriteten män, cirka två tredjedelar. Diagnoser kopplade till alkohol²⁸ stod för den största delen, cirka 26 500 patienter (16).

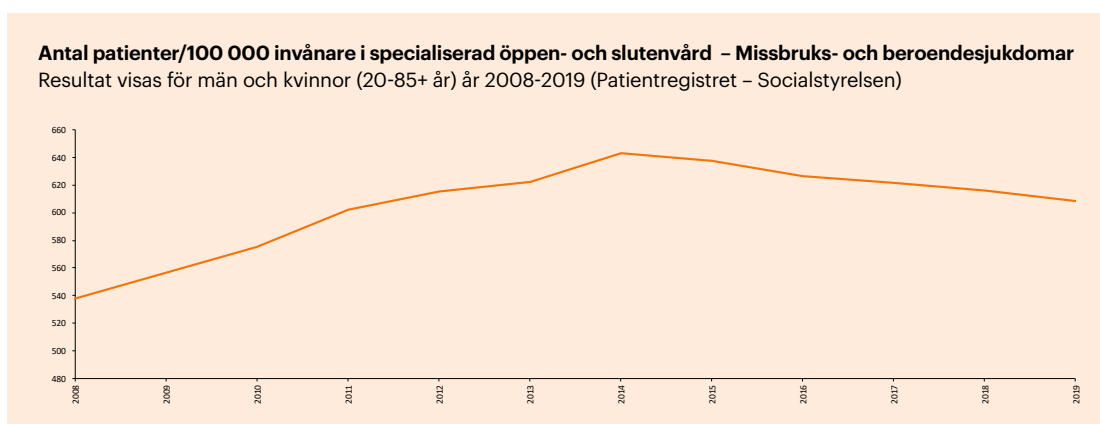
26 Det total antalet (alla åldrar) uppgick till cirka 61 000 patienter år 2019.

27 F10-F19 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser

28 F10 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol

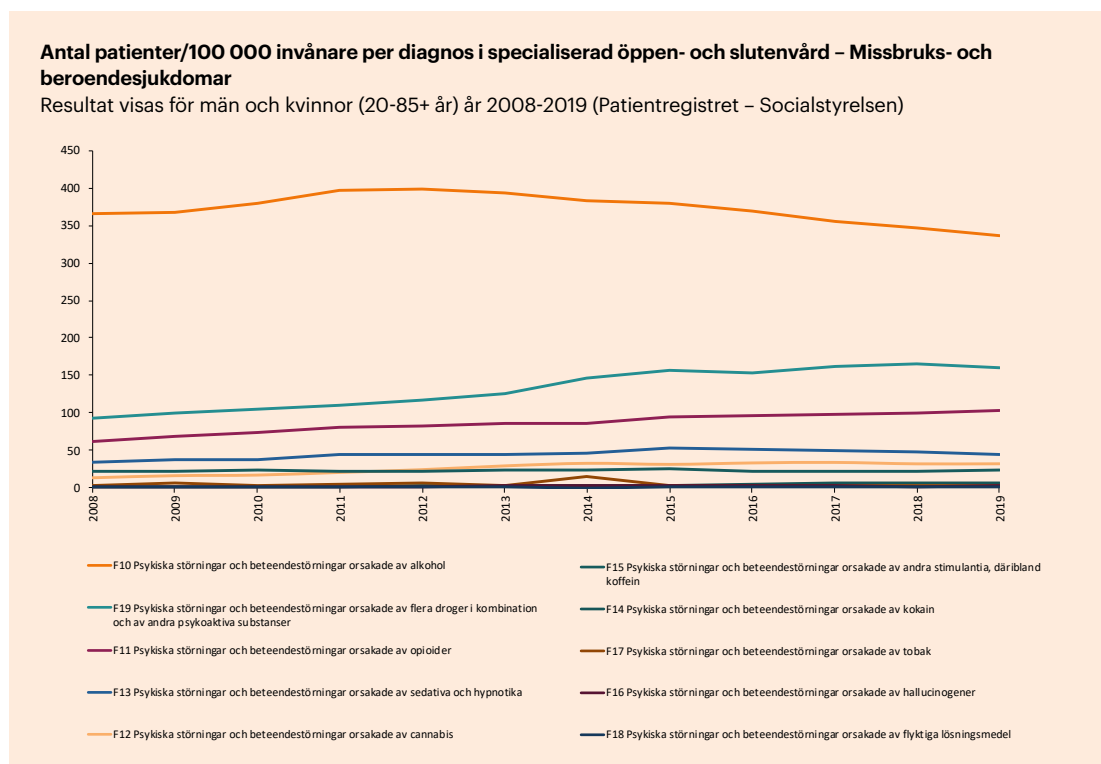


Mellan 2008 och 2014 sågs en ökning med omkring 20 procent av antalet vuxna patienter med missbruks- eller beroendediagnoser. Sedan år 2015 har antalet sjunkit tillbaka något igen och låg år 2019 på 608 patienter/100 000 invånare. En ökning ses inom vissa specifika diagnoser såsom psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser²⁹ samt av opioider³⁰. Gällande alkoholrelaterade diagnoser ses totalt sett en minskning över tid (16).



29 F19 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser

30 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opioider



4.3 Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF)³¹ är ett samlingsnamn för funktionsnedsättningar såsom adhd, autismspektrumtillstånd, tics och andra inlärningssvårigheter.

Bland personer med olika typer av NPF är samsjuklighet vanligt. Förekomsten av andra psykiatriska diagnoser är exempelvis högre bland personer med autism och intellektuell funktionsnedsättning än hos den övriga befolkningen och förekomsten av schizofreni är sju gånger vanligare. Adhd är också uppemot sju gånger vanligare bland personer med autism och intellektuell funktionsnedsättning, och ångest är mer än dubbelt så vanligt (26). Risken för att begå självmord är även tio gånger så hög för personer med autism än för resten av befolkningen (27).

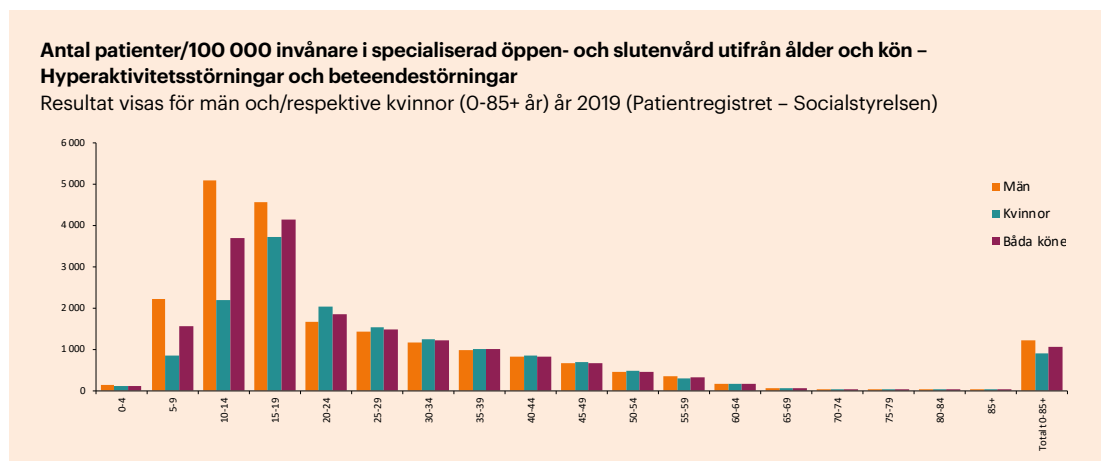
Nyckeltal 18. Hyperaktivitets- och beteendestörningar bland barn och vuxna

Strax över en femtedel av alla patienter som besöker öppen- eller slutenvården för en psykiatrisk diagnos har någon form av diagnos inom diagnoskaptitlet F90-F98: hyperaktivitetsstörningar och beteendestörningar. Antalet patienter med hyperaktivitetsstörningar och beteendestörningar har ökat under de senaste åren och står för nästan hälften av den totala ökningen bland alla psykiatriska diagnoser under perioden 2008 till 2019³² (16).

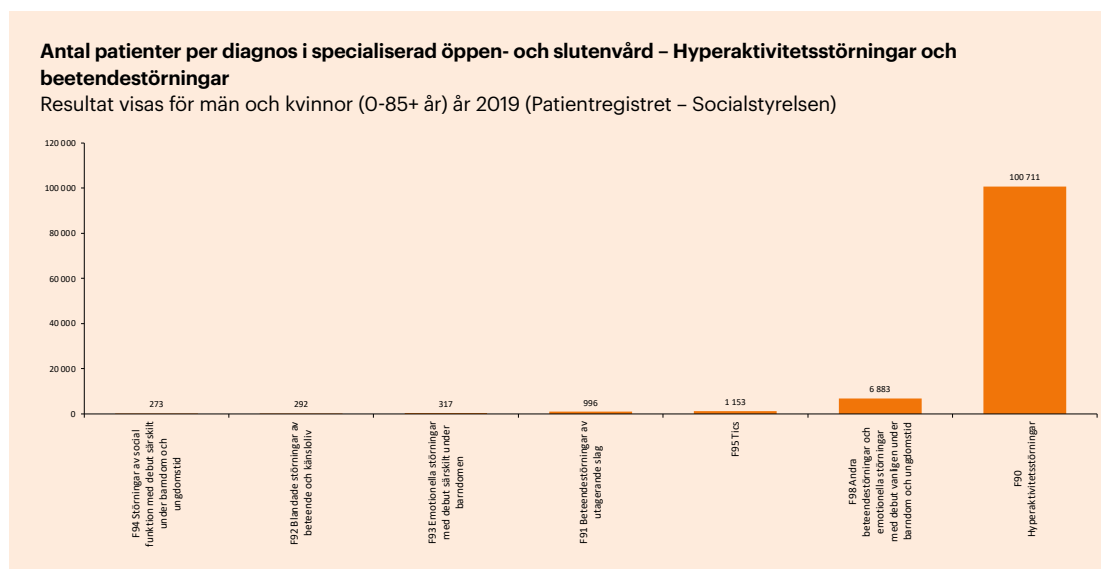
Diagnoser inom den här gruppen är, till skillnad från trenden i övrigt vad avser psykisk ohälsa, vanligare bland män och pojkar än bland kvinnor och flickor (16).

31 Även omnämnt Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsnedsättningar

32 I förhållande till ökningen av alla ingående diagnoser kopplade till psykiatriska tillstånd (F-diagnoser) för det aktuella året (2019)



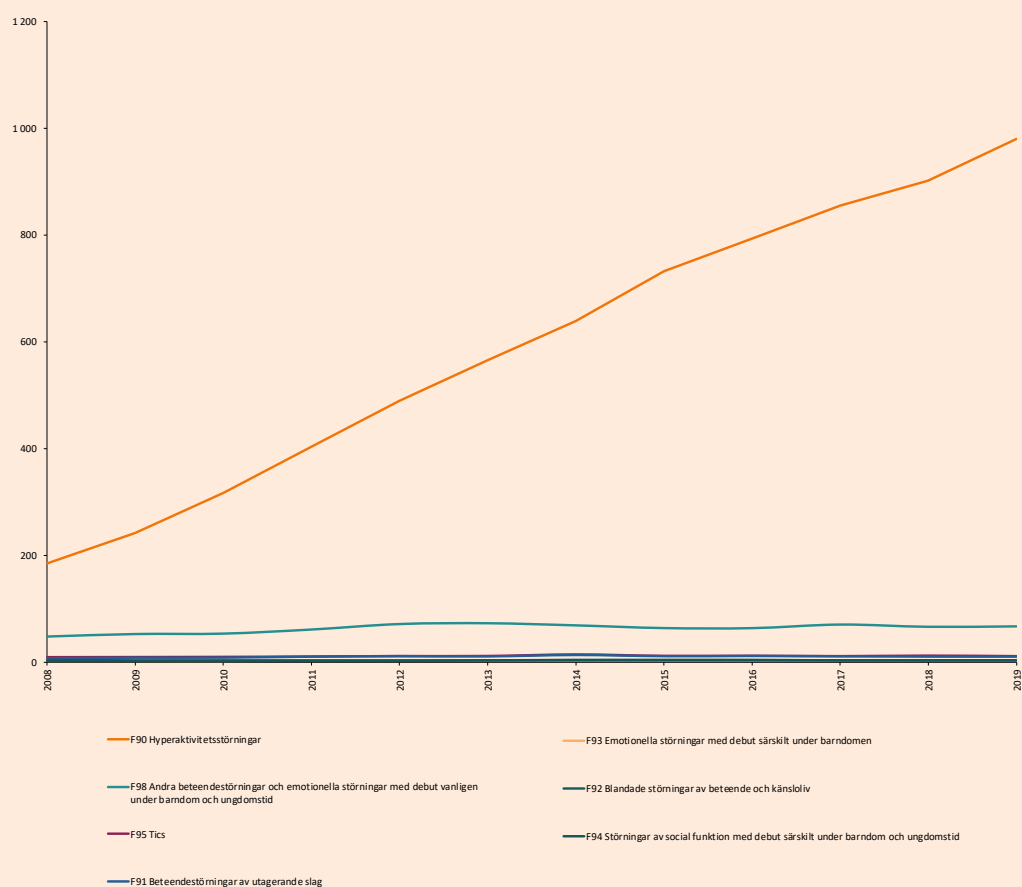
Hyperaktivitetsstörningar³³, såsom adhd, är de diagnoser som står för en majoritet av alla patienter, hela 91 procent inom diagnosgruppen. Hyperaktivitetsstörningar är vanligast förekommande bland yngre män (10–19 år) men är även vanligt förekommande bland kvinnor, främst i åldersgruppen 15–19 år (16).



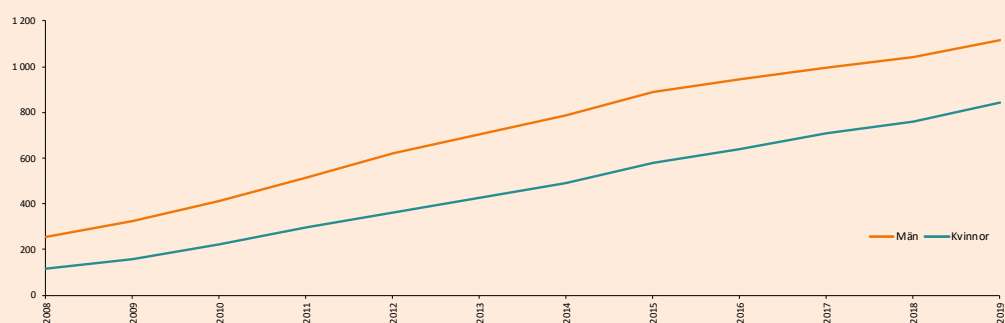
Som tidigare nämnts har antalet patienter som besöker den psykiatriska specialiserade öppenvården och slutenvården med hyperaktivitetsstörningar och beteendestörningar ökat under senare år, totalt har nästan en femdubbling skett mellan åren 2008 och 2019. Ökningarna inom gruppen beror i princip enbart på ökningarna inom just hyperaktivitetsstörningar vilket kan ses i figuren nedan. Övriga tillstånd ligger på en mycket lägre och jämnare nivå. Vad gäller ökningarna för hyperaktivitetsstörningar ser dessa liknande ut för både män och kvinnor (16).

33 F90 Hyperaktivitetsstörningar

**Antal patienter/100 000 invånare per diagnos i specialiserad öppen- och slutenvård
– Hyperaktivitetsstörningar och beteendestörningar**
Resultat visas för män och kvinnor (0-85+ år) år 2008-2019 (Patientregistret – Socialstyrelsen)



Antal patienter/100 000 invånare i specialiserad öppen- och slutenvård – Hyperaktivitetsstörningar
Resultat visas för män respektive kvinnor (0-85+ år) år 2008-2019 (Patientregistret – Socialstyrelsen)





5

SJÄLVMORD

Själv mord betraktas ofta som den allvarligaste konsekvensen av psykisk ohälsa (54). I de flesta fall är själv mord en konsekvens av att ha varit utsatt för ett starkt och outhärdligt psykiskt lidande. Det finns ett flertal faktorer som påverkar en persons risk för att någon gång begå själv mord och att lida av någon form av psykisk störning eller sjukdom innebär en ökad risk. Depression är det vanligaste underliggande tillståndet bland personer som begår själv mord men även diagnoser som bipolär sjukdom, adhd och psykossjukdomar innebär en förhöjd risk. Det finns även ett samband mellan ökad själv mordsrisk och somatiska tillstånd såsom ALS, diabetes eller cancer (55).

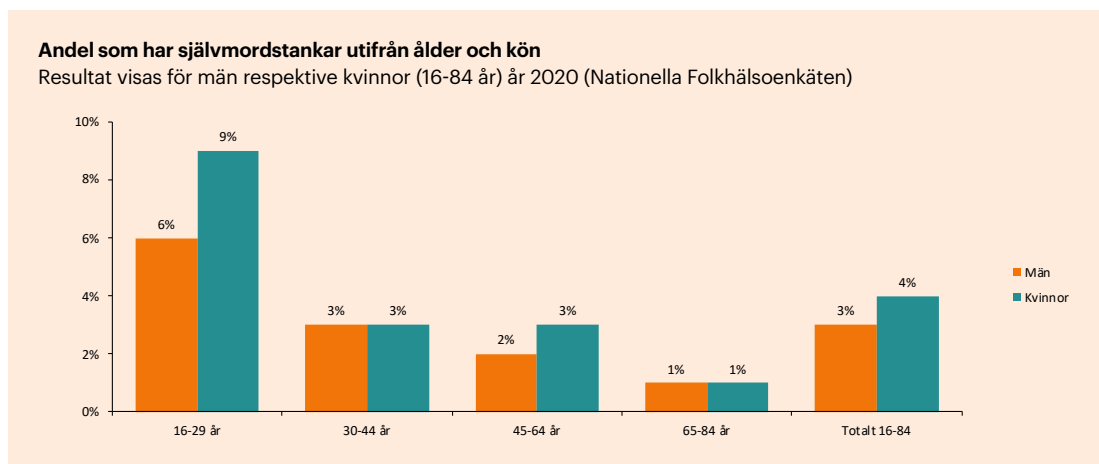
Personer som förlorat en närstående, exempelvis genom själv mord, har en förhöjd risk för eget själv mord. Specifikt för barn till föräldrar som begått själv mord finns en dubbelt så hög risk att själva dö i själv mord jämfört med andra unga (28). Siffror från Socialstyrelsen visar också att en tredjedel av alla som begår själv mord har en pågående kontakt med den psykiatriska vården – något som visar på vikten av att fånga upp och ta om hand personer med olika psykiatriska problem (28).

I det här avsnittet beskrivs nyckeltal gällande själv mord i form av självrapporterade själv mordstankar, registrerade själv mordsförsök samt fullbordade själv mord.

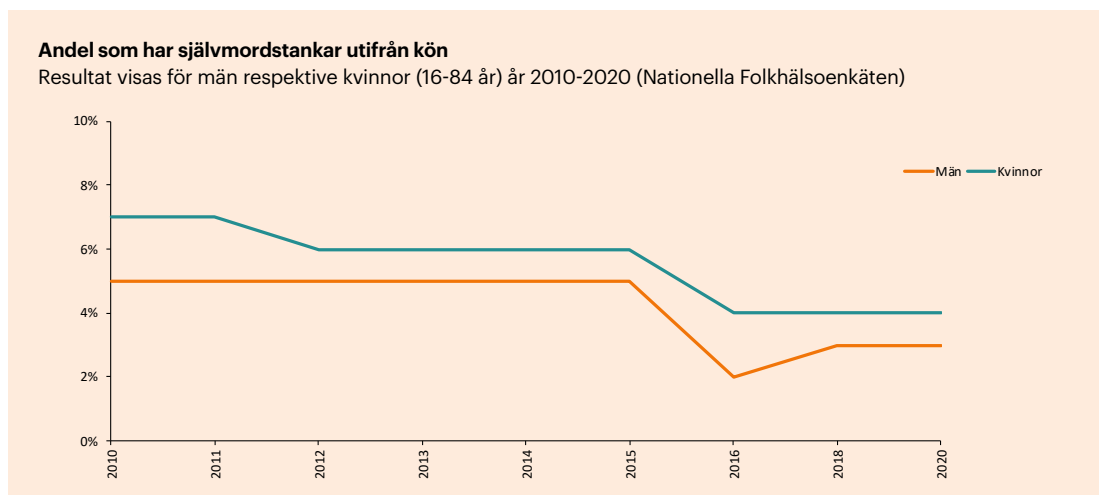
5.1 Självmordstankar

Nyckeltal 19. Självmordstankar bland personer över 16 år

Tre procent av befolkningen uppger att de under det senaste året allvarligt har övervägt att ta sitt liv. Av dessa är andelen kvinnor något högre än män (fyra respektive tre procent). Självmordstankar är vanligare bland unga personer. Under år 2020 uppgav nio respektive sex procent av kvinnor och män i åldersgruppen 16–29 år att de hade haft självmordstankar under det senaste året. Utöver detta visar resultat från den Nationella Folkhälsoenkäten att 13 procent av befolkningen har haft självmordstankar någon gång i livet (3).



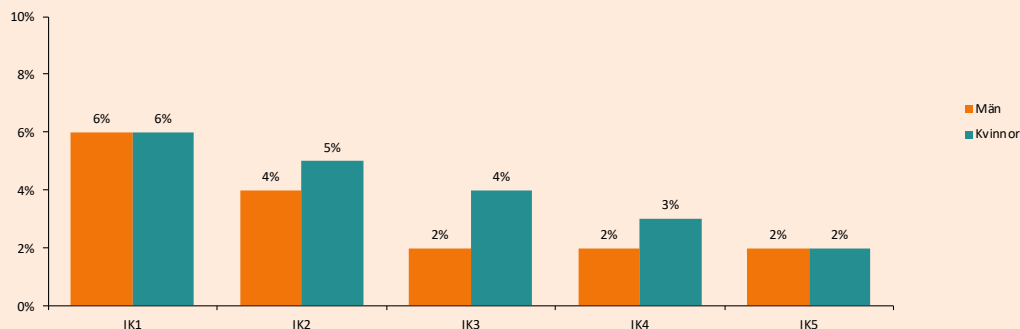
Mellan år 2012 och 2015 låg andelen vuxna som har självmordstankar på en jämn nivå men år 2016 sågs en minskning för både män och kvinnor. Mellan mätningarna år 2018 och 2020 sågs dock inga ytterligare förändringar (3).



Självmordstankar är mer vanligt förekommande bland personer som tillhör de lägre inkomstgrupperna än bland personer som tillhör de högre inkomstgrupperna. Bland de som har lägst inkomst bedöms förekomsten av självmordstankar uppgå till sex procent, medan förekomsten av självmordstankar bland personer med högst inkomst är två procent (3).

Andel som har självmordstankar utifrån inkomstgrupp och kön

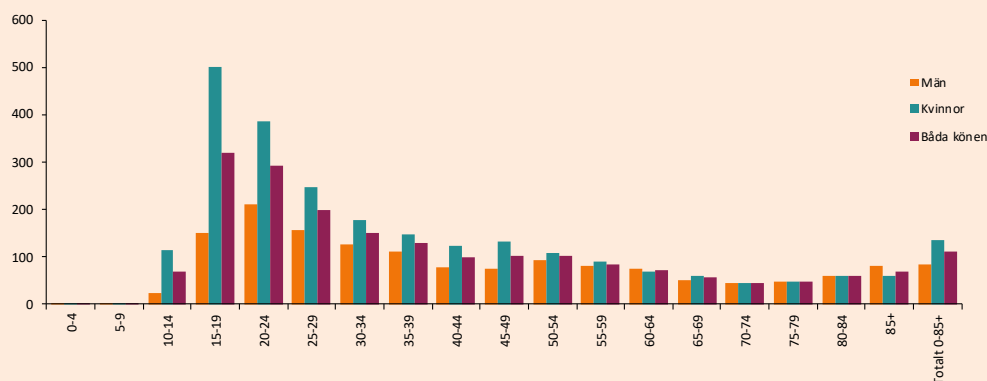
Resultat visas för män respektive kvinnor (16-84 år) år 2020 (Nationella Folkhälsoenkäten)

**Nyckeltal 20. Registrerade självmordsförsök**

När det kommer till säkra självmordsförsök³⁴, eller avsiktliga självdestruktiva handlingar, genomförs dessa i regel oftare av kvinnor än män. År 2019 stod kvinnor för nästan 7 000 självmordsförsök jämfört med de drygt 4 400 försök som genomfördes av män (16).

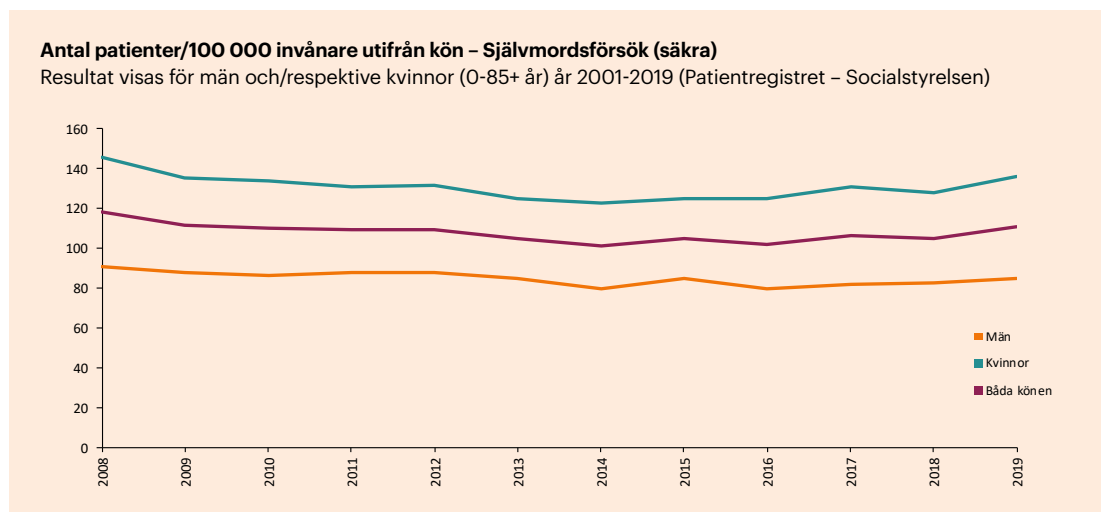
Antal patienter/100 000 invånare i specialiserad öppen- och slutenvård utifrån ålder och kön – Självmordsförsök (säkra)

Resultat visas för män och/respektive kvinnor (0-85+ år) år 2019 (Patientregistret – Socialstyrelsen)



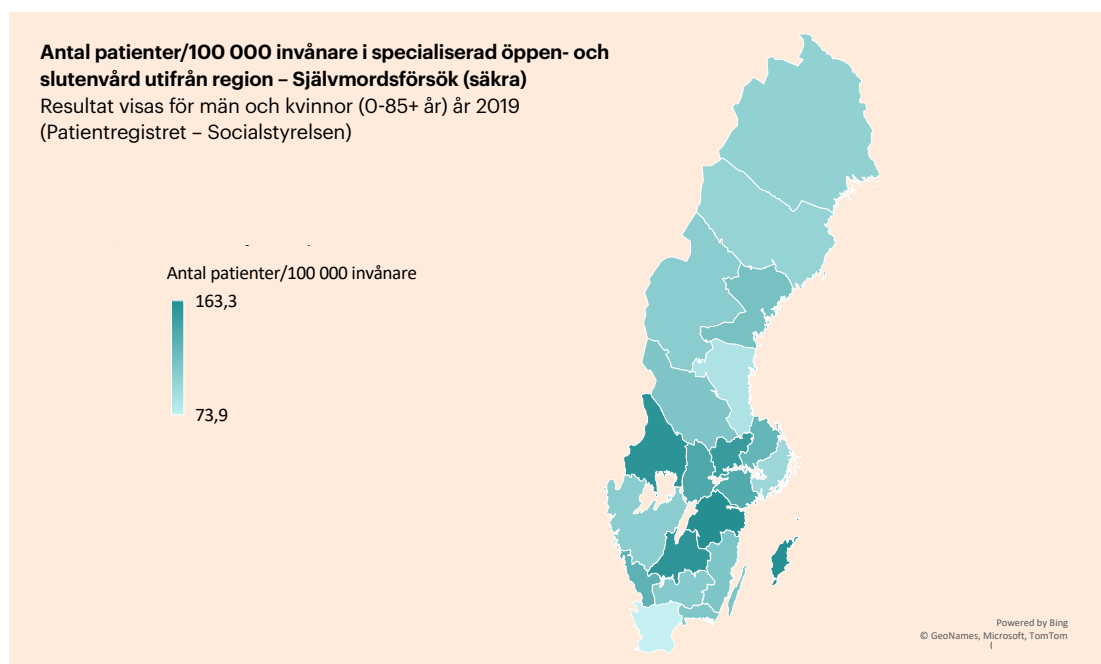
34 X60-X84 Avsiktligt självdestruktiv handling (självord)

Sedan 2008 ses en viss nedgång i antalet säkra självmordsförsök (16).



Utöver säkra självmordsförsök finns även fall där avsikten bakom en skada eller handling inte har kunnat avgöras, så kallade osäkra självmordsförsök³⁵. År 2019 registrerades knappt 7 200 fall av denna typ. Till skillnad från de säkra självmordsförsöken är de osäkra mer vanligt förekommande bland män som står för 57 procent. Antalet osäkra självmordsförsök är i relation till de säkra självmordsförsöken förhållandevis många och blir därför viktiga att ta i beaktande för att få en bättre och mer heltäckande bild av problematiken och förekomsten. Dock ska resultaten tolkas med försiktighet (16).

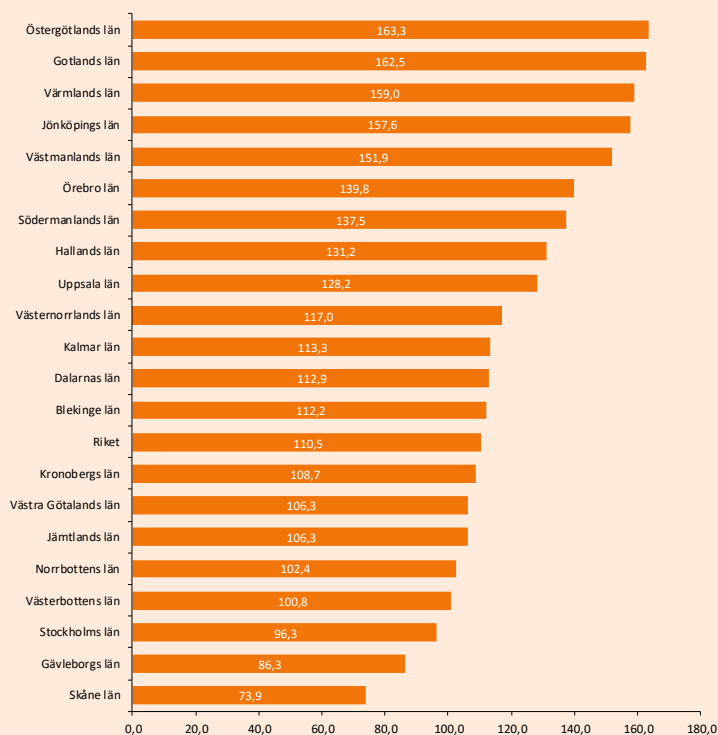
Vid en geografisk uppdelning ses en skillnad bland registrerade självmordsförsök mellan regioner. Flest självmordsförsök i förhållande till befolkningsstorlek genomfördes år 2019 i Östergötland, 163 försök per 100 000 invånare. Lägst antal skedde i Skåne (74 försök per 100 000 invånare). Genomsnittet i landet var samma år 111 per 100 000 invånare (16).



35 Y10-Y34 Skadehändelser med oklar avsikt

Antal patienter/100 000 invånare i specialiserad öppen- och slutenvård utifrån region – Självmordsförsök (säkra)

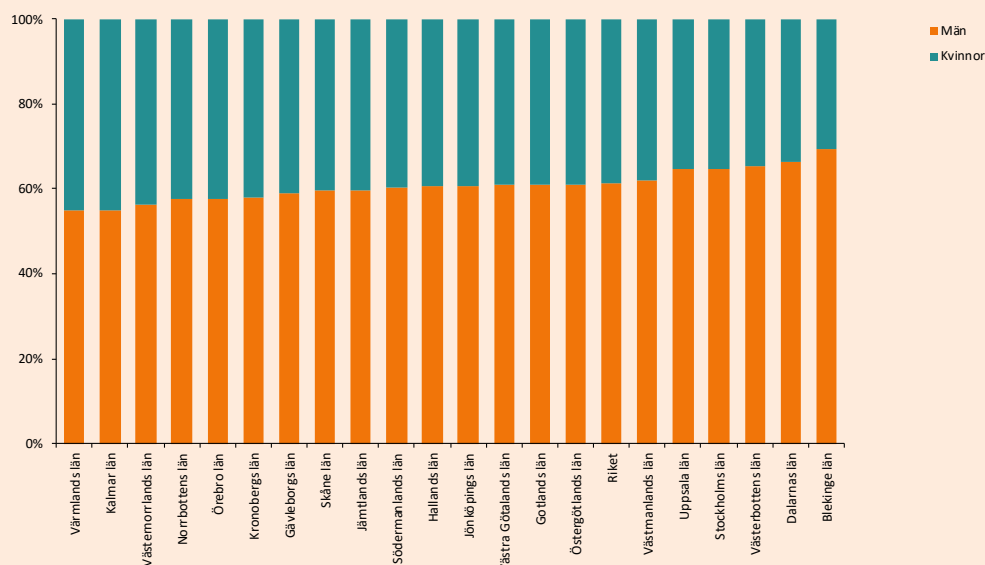
Resultat visas för män och/respektive kvinnor (0-85+ år) år 2019 (Patientregistret – Socialstyrelsen)



Andelen självmordsförsök utifrån kön uppvisar också regionala skillnad. I landet som helhet genomfördes år 2019 61 procent av alla säkra självmordsförsök av kvinnor. I vissa regioner, såsom Blekinge, Västerbotten och Dalarna är denna andel högre. I andra regioner, exempelvis i Kalmar, Västernorrland och Värmland stod istället män för en högre andel av självmordsförsöken än riksgenomsnittet (16).

Antal patienter i specialiserad öppen- och slutenvård utifrån region och kön – Självmordsförsök (säkra)

Resultat visas för män och/respektive kvinnor (0-85+ år) år 2019 (Patientregistret – Socialstyrelsen)



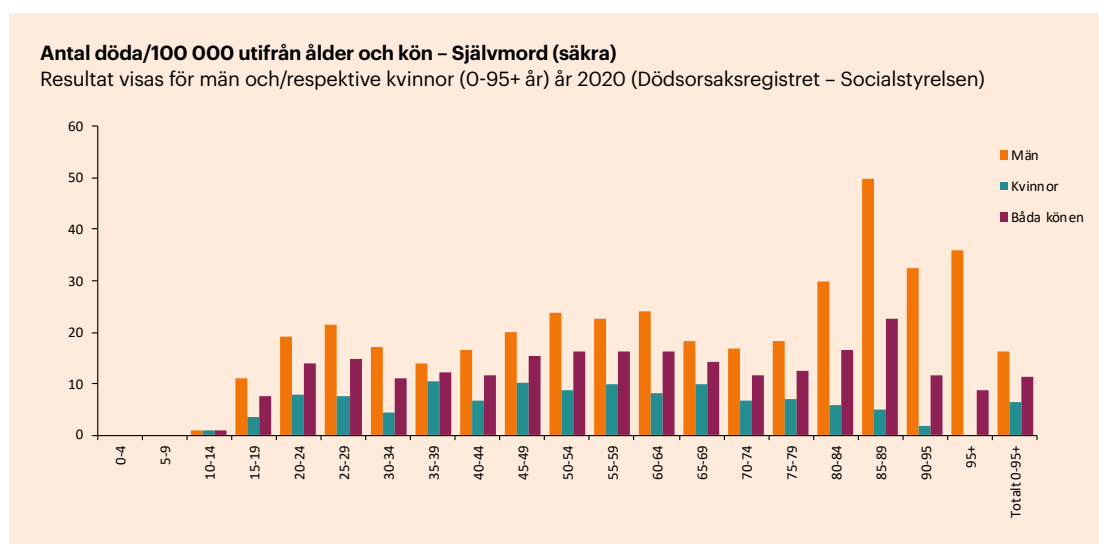
5.2 Fullbordade självmord

Nyckeltal 21. Fullbordade självmord

År 2020 avled närmare 1 200 personer i Sverige till följd av självmord³⁶. Av dessa var en stor majoritet, 72 procent, män. Det fanns en oro att covid-19-pandemin skulle bidra till en ökning av antalet självmord men data för år 2020 visar att resultatet blev det omvända under själva pandemin, då det skedde ungefär 100 självmord färre än året innan (29). Vissa studier pekar dock på att det *efter* stora samhällskriser, exempelvis SARS-utbrottet i början på 2000-talet, finns en risk för en ökning i antalet psykiatriska tillstånd och självmord (30) (31), något som bör tas i beaktande.

Utifrån ålder och kön skedde flest antal självmord år 2020 bland 50–54-åriga män. Tittar man däremot på självmordstalet, det vill säga antalet självmord per 100 000 invånare, framgår det att självmord är vanligast bland äldre män, specifikt män i åldern 85–89 år. Jämförelser av självmordstal bör tolkas med viss försiktighet – särskilt i de äldre åldersgrupperna. Anledningen är att dessa grupper består av förhållandevis få personer vilket gör att enstaka självmord kan ge stor påverkan (29).

Utöver de bekräftade självmorden finns det, likt i fallet med självmordsförsök, dödsfall där avsikten inte har kunnat avgöras, så kallade ”osäkra självmord”³⁷. Under år 2020 skedde drygt 270 fall med denna dödsorsak. Även bland osäkra självmord stod männen för den största andelen, 63 procent (29).



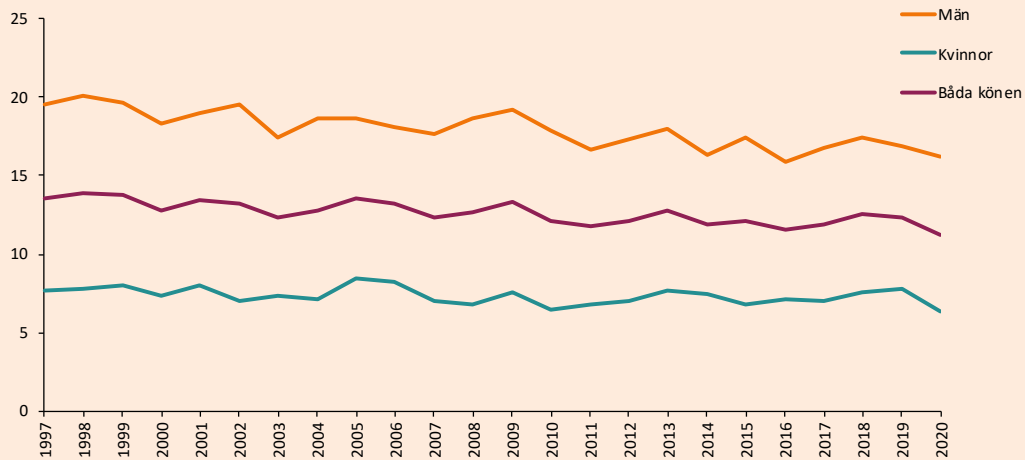
Självmord, liksom all annan dödlighet, är som vanligast i hög ålder. Självmord, som andel av den samlade dödligheten, är däremot som vanligast i åldern 20–29 år. Självmord utgör den enskilt vanligaste dödsorsaken bland personer i åldern 15–49 år. Under perioden 2000–2020 har självmorden långsamt minskat med i genomsnitt 0,4 procent per år. Minskningen gäller dock inte åldern 15–29 år där självmorden, under perioden 1997–2020, årligen har ökat med en procent (29).

36 X60-X84 Avsiktligt självdestruktiv handling (självmord)

37 Y10-Y34 Skadehändelser med oklar avsikt

Antal döda/100 000 utifrån kön - Självord (säkra)

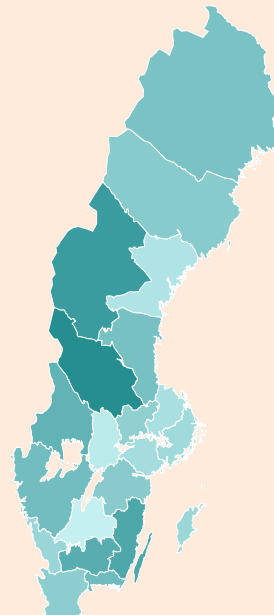
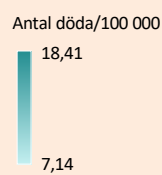
Resultat visas för män och/respektive kvinnor (0-95+ år) år 2020 (Dödsorsaksregistret – Socialstyrelsen)



När det kommer till regionala skillnader för fullbordade självmord visar data från Dödsorsaksregistret att det finns vissa variationer. Flest antal säkra självmord (per 100 000 invånare) återfinns i region Dalarna med 18,41 säkra självmord per 100 000 invånare för båda könen. Detta kan jämföras med värdet för landet i stort som ligger på 11,28 självmord per 100 000 invånare för båda könen. Lägst antal självmord har region Jönköping med 7,14 självmord per 100 000 invånare för båda könen (29).

Antal döda/100 000 utifrån region - Självord (säkra)

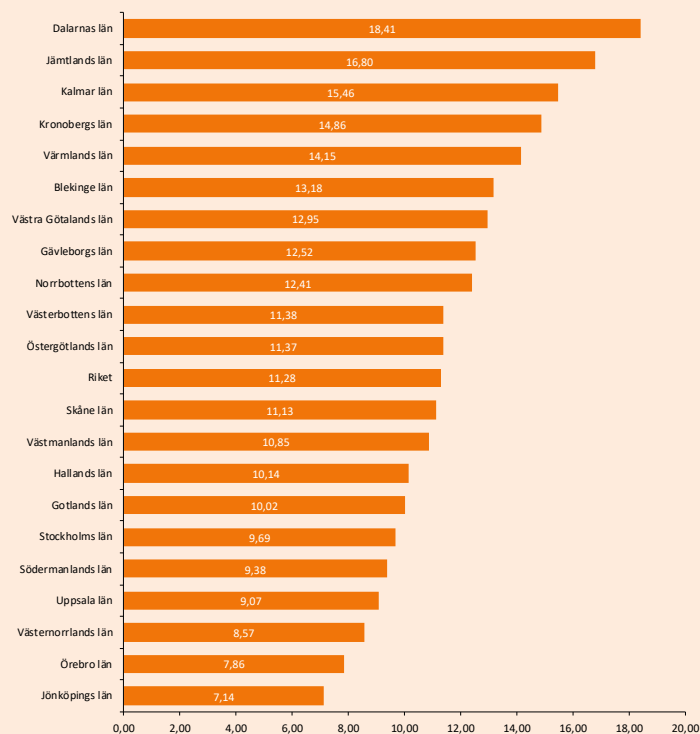
Resultat visas för män och kvinnor (0-95+ år) år 2020 (Dödsorsaksregistret – Socialstyrelsen)



Powered by Bing
© GeoNames, Microsoft, TomTom

Antal döda/100 000 utifrån region – Själv mord (säkra)

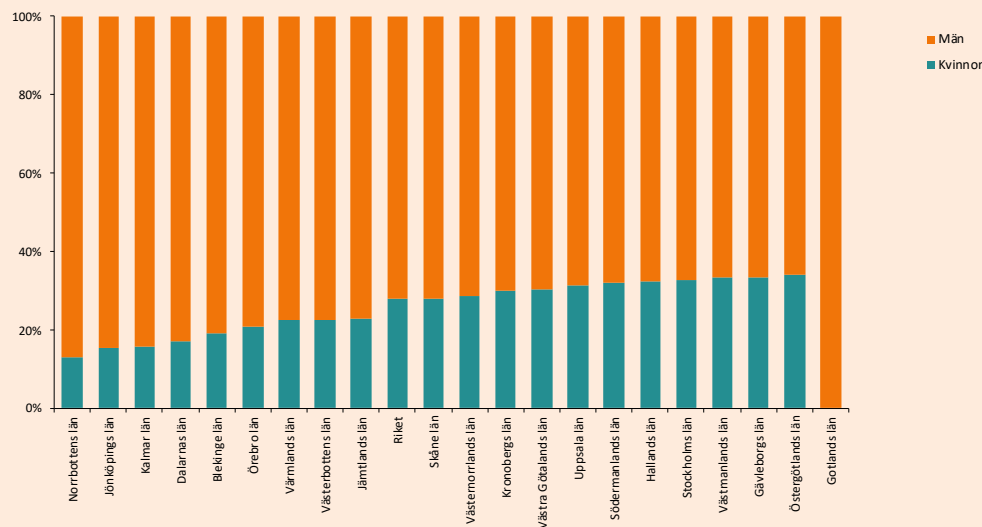
Resultat visas för män och kvinnor (0-95+ år) år 2020 (Dödsorsaksregistret- Socialstyrelsen)



Som tidigare nämnts, står männen för den största andelen, 72 procent, av alla fullbordade självmord i landet. Även här ses skillnader i fördelningen utifrån kön mellan olika regioner där exempelvis männen stod för samtliga självmord som begicks på Gotland, medan det bland annat i Västmanland och Gävleborg var en större andel kvinnor som begick självmord jämfört med genomsnittet i riket (29).

Antal döda utifrån region och kön – Själv mord (säkra)

Resultat visas för män respektive kvinnor (0-95+ år) år 2020 (Dödsorsaksregistret – Socialstyrelsen)



En kartläggning från Folkhälsomyndigheten visar att det även finns skillnader mellan kommuner när det kommer till självmord. Bland annat ses skillnader bland män utifrån kommuntyp; flest självmord i förhållande till befolkningsmängd begås i de kommuner som befinner sig på avlägsen eller mycket avlägsen landsbygd och lägst antal sker i storstadskommunerna. Bland kvinnor ses inte samma tydliga mönster utan där är nivåerna mer likartade mellan kommuntyper (32).

6

RISK- OCH SKYDDSAKTORER

Det finns en rad olika faktorer som påverkar hälsan hos en befolkning; faktorer på såväl samhälls- som grupp- och individnivå (33). Det finns idag god kunskap och evidens kring viktiga risk- och skyddsfaktorer som påverkar människors psykiska hälsa. Samtidigt relationen mellan olika risk- och skyddsfaktorer inom olika områden komplex, inte minst då vissa faktorer på olika sätt kan påverka varandra (34) (35). Exempelvis är det vanligare att personer med lägre inkomst saknar emotionellt och praktiskt stöd, vilket utöver stressen kopplad till grundläggande trygghetsfaktorer och en utsatt ställning på arbetsmarknaden kan påverka den psykiska hälsan negativt på olika sätt (36).

Det finns stora ojämlikheter i den psykiska hälsan i Sverige, och dessa skillnader tar sig uttryck redan i tidig ålder vilket bekräftas av flera källor (37) (38) (39). Ojämlikheter i psykisk hälsa medför skillnader mellan olika grupper i välbefinnande, lidande, och livskvalitet, men också i levnadsvanor och fysisk hälsa. Omvänt kan skillnader i livsvillkor, levnadsvanor och fysisk hälsa ge upphov till skillnader i psykisk hälsa (39). Hälsoklyftorna som orsakas av ojämlika makt- och livsvillkor får omfattande konsekvenser för medellivslängden och antalet friska år i livet mellan olika grupper i samhället.

I syfte att öka förståelsen för den psykiska ohälsans bakomliggande orsaker och att ge en temperaturmätning över hur avgörande risk- och skyddsfaktorer för psykisk hälsa utvecklas i Sverige presenteras i detta avsnitt nyckeltal avseende social utsatthet, arbetsliv och utbildning, sociala relationer och levnadsvanor.

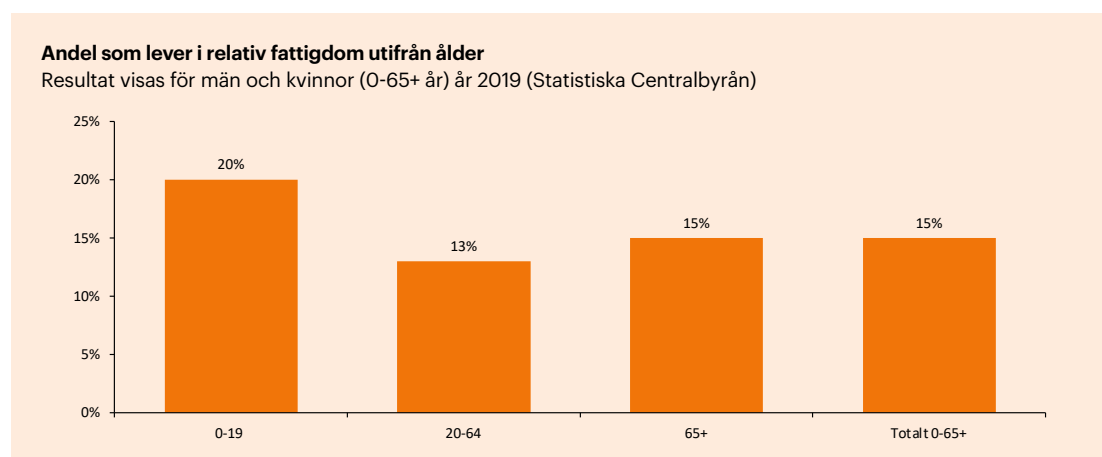
6.1 Social utsatthet

Nyckeltal 22. Andel som lever i relativ fattigdom

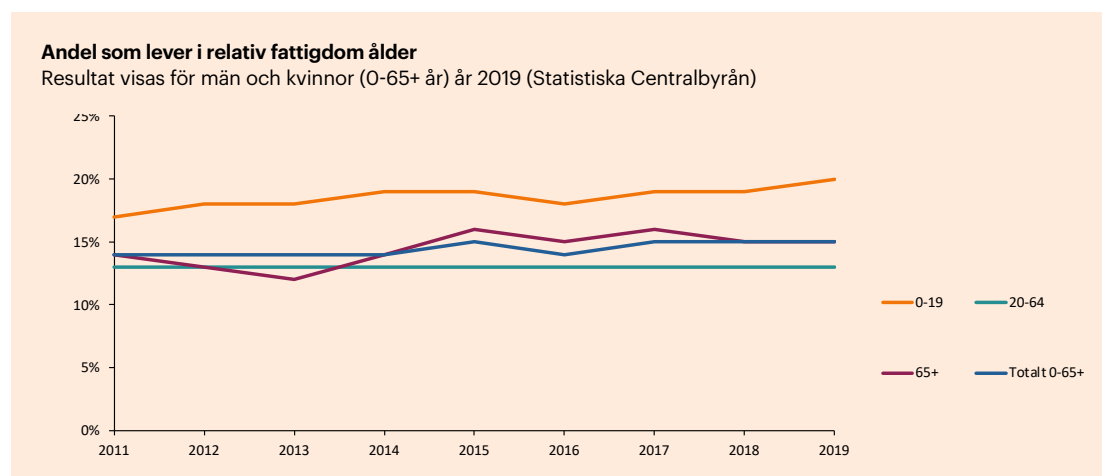
Ekonomi är en av de faktorer som enligt flera källor har starkast koppling till ojämlikheter i psykisk hälsa (37) (40) (41) (42). Personer med en sämre ekonomi både lever kortare liv och är friska i lägre utsträckning än personer med bättre ekonomi. En sämre ekonomi innebär också sämre förutsättningar för hälsosamma levnadsvanor, social delaktighet och mindre möjlighet att kunna styra och påverka sitt liv (43).

Statistiska Centralbyrån undersöker sedan år 1975 hur stor andel av befolkningen som lever under relativ fattigdom, eller så kallad låg ekonomisk standard. Metoden för hur man mäter låg ekonomisk standard har varierat över tid och sedan år 1975 har måttet förekommit i fyra olika versioner. Den metod som används idag har nyttjats sedan år 2011. Relativ fattigdom motsvarar en ekonomisk standard där hushållets inkomst är mindre än 60 procent av medianvärdet för riket (44).

Data från 2019 visar att 15 procent av Sveriges befolkning lever i relativ fattigdom. Den största andelen av dessa, 20 procent, återfinns bland barn och unga (0–19 år) (44).



Sedan år 2011 har nivåerna varierat något för befolkningen i stort men mellan åren 2011 och 2019 har andelen personer i relativ fattigdom ökat något; från 14 till 15 procent. Sett till äldre data, och då från andra typer av mått³⁸ på relativ fattigdom har nivåerna ökat; från sju procent år 1991 till 14 procent år 2011 (45).



38 Låg ekonomisk standard mättes mellan år 1991 och 2011 som "Housekeeping unit" (HEK)

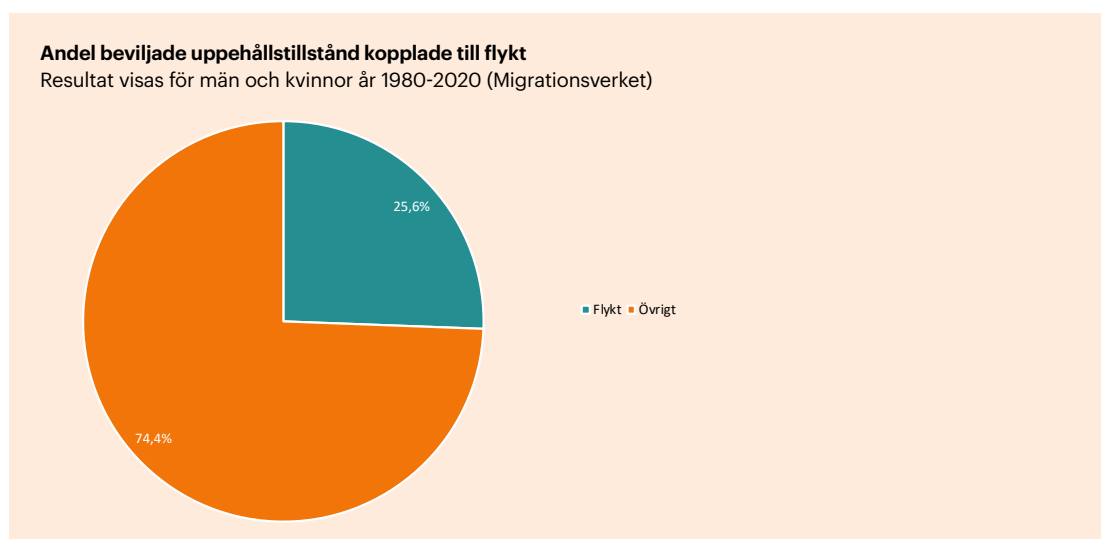
En liknande trend kan ses för andra mått på ekonomisk fördelning, exempelvis Gini-koefficienten. Gini-koefficienten mäter ekonomiska ojämlikheter i en befolkning på en skala mellan 0 och 1. Sedan början av nittioalet fram till år 2014 ökade Gini-koefficienten från 0,22 till 0,30 vilket motsvarar en betydelsefull ökning av ojämlikheten inom befolkningen (44).

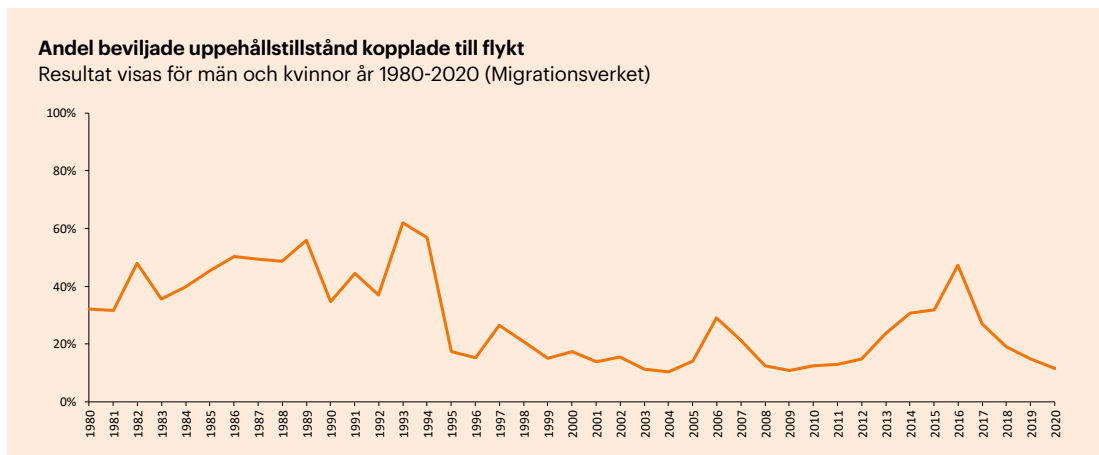
Nyckeltal 23. Migration

Utrikes födda har generellt sämre livsvillkor än inrikes födda vilket leder till ojämlikheter i psykisk hälsa. Vidare är migration i sig en riskfaktor för psykisk ohälsa; att migrera och flytta från ett land till ett annat kan innebära stora påfrestningar och i vissa fall leda till så kallad migrationsstress, det vill säga påverkan av en samling stressfaktorer från migrationens olika faser. Sådana stressfaktorer kan inkludera ekonomiska, materiella och personliga förluster, separation från familjemedlemmar, ensamhet, social alienering och en utsatthet för våld och hot (46). Att ha erfarenhet från flykt kan vara särskilt påfrestande, dels på grund av traumatiska erfarenheter från hemlandet och från flykten i sig, dels från den utsatthet som det innebär att komma till ett nytt land och genomgå en asylprocess (47). Det beräknas att mellan 20 och 30 procent av alla asylsökande flyktingar som kommer till Sverige lider av någon form av psykisk ohälsa (48). Samtidigt nyttjar nyanlända flyktingar specialiserad öppen och slutet psykiatrisk vård i lägre grad än inrikes födda. Vidare visar data från läkemedelsregistret att de mer sällan behandlas med antidepressiv medicin eller sömnmedel under de första åren i Sverige (49). Många nyanlända uppger att de avstår från att söka vård trots ett upplevt behov (50) (51) (52), något som till delar kan bero på en stigmatisering av psykisk ohälsa i andra kulturer (48). Kompetenser för att framgångsrikt identifiera och behandla exempelvis post-traumatiskt stressyndrom som förekommer bland personer med flyktningbakgrund är fortfarande begränsade inom sjukvården (53).

Barn och unga som har migrerat eller som är asylsökande är en särskilt utsatt och sårbar grupp. I en kartläggning från 2017 av bland annat självskadebeteende, självmordsförsök och fullbordade självmord bland ensamkommande barn och unga framgår att tolv ensamkommande barn och unga begick självmord under det aktuella året – en siffra som är nio gånger högre än vad som kunde förväntas för en motsvarande grupp i den övriga befolkningen (54).

Av de uppehållstillstånd som beviljats 1980–2020 var en fjärdedel kopplade till flykt. Totalt har 675 000 personer fått uppehållstillstånd beviljade av flyktskäl under denna period. Utöver dessa beviljades 250 000 uppehållstillstånd till anhörigflyktingar, totalt nio procent av alla uppehållstillstånd under samma tidsperiod (55).



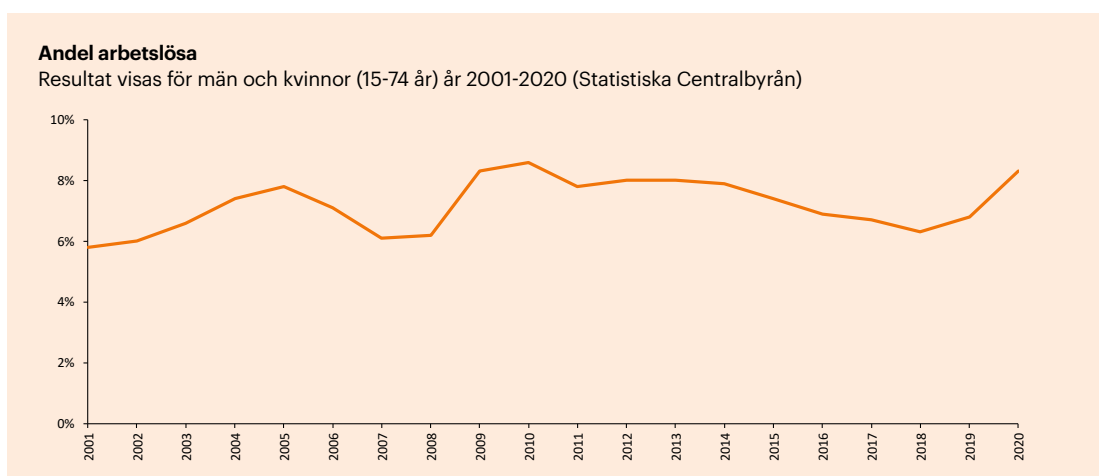


6.2 Arbetsliv och utbildning

Nyckeltal 24. Arbetslöshet

Analysen som genomförts av Folkhälsomyndigheten visar att sysselsättning är en av de faktorer som är tydligast kopplad till ojämlikhet i psykisk hälsa bland den vuxna befolkningen (37). Arbetslöshet innebär i regel inkomstbortfall; något som kan bidra till stora påfrestningar i livet, en stark oro eller andra psykiska besvär. Enligt en undersökning som Statistiska Centralbyrån har gjort är det cirka sextio procent bland de arbetslösa som oroar sig för sin ekonomi (56). Kortvarig arbetslöshet, så kallad friktionsarbetslöshet där personer vars kvalifikationer efterfrågas på arbetsmarknaden söker och byter jobb, är naturligt förekommande. Långvarig arbetslöshet, som innebär att arbetsökande står utan arbete under en längre period, bidrar däremot till en ökad risk för ytterligare negativa hälsoeffekter, särskilt olika former av psykisk ohälsa (57).

Arbetslösheten varierar mellan olika år. Den globala finanskrisen under år 2008 och 2009 är den händelse som påverkat arbetslösheten i Sverige mest sedan år 2000. Arbetslösheten har de senaste åren stigit från drygt sex procent år 2018 till 6,8 procent år 2019, 8,3 procent år 2020 och hela 9,8 procent³⁹ år 2021. (44). I maj 2021 var antalet sysselsatta i Sverige 5 052 000. Antalet arbetslösa var 546 000, vilket motsvarar en arbetslöshet. Enligt Arbetsförmedlingens data från juli 2021 hade två tredjedelar av de arbetslösa varit utan arbete i mer än sex månader, närmare hälften i mer än ett år och knappt en fjärdedel i mer än två år (58).

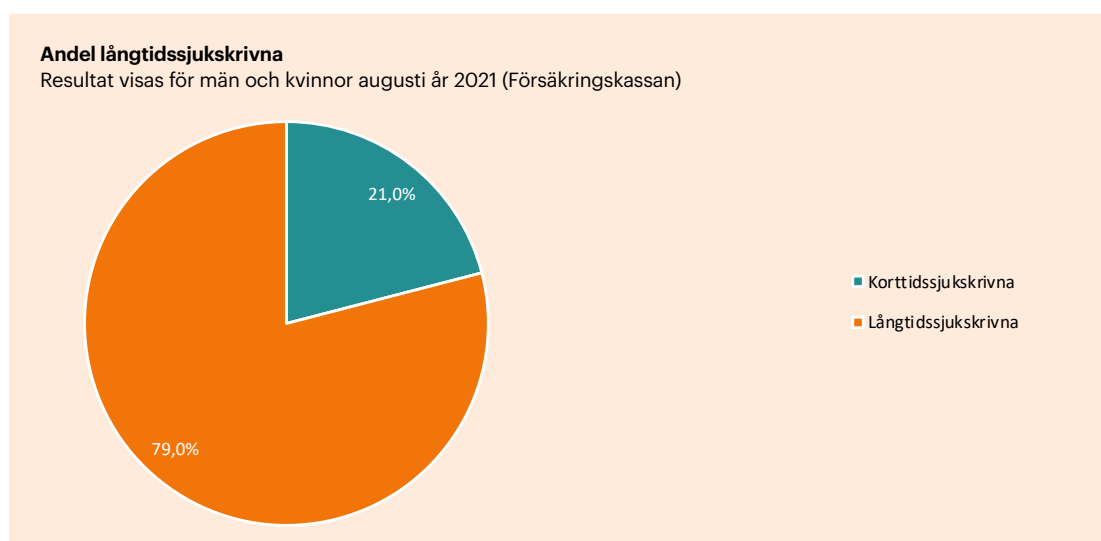


³⁹ Antalet sysselsatta har påverkats, dels till följd av definitionsförändringar där personer som är helt frånvarande från arbetet tre månader eller mer av vissa skäl inte längre klassas som sysselsatta. Vidare används ny och mer aktuell information i viktberäkningarna, vilket ger en bättre precision i mätningen men också påverkar nivån för bland annat antalet sysselsatta. Dessa förändringar innebär uppskattningsvis att antalet sysselsatta under maj sammantaget är cirka 124 000 personer lägre än enligt tidigare metod.

Nyckeltal 25. Andel långtidssjukskrivna

Som konstaterats tidigare har psykisk ohälsa en stor inverkan på arbetslivet och psykiatriska diagnoser ligger bakom majoriteten av sjukskrivningarna i Sverige. Omvänt är även sjukfrånvaro något som påverkar den psykiska hälsan. Att vara sjukskriven, särskilt under en längre period, innebär frånvaro från ens huvudsakliga sysselsättning och ofta en negativ påverkan på ens ekonomi. Båda dessa är faktorer som kan ha en stark inverkan på den psykiska hälsan (37).

I maj 2021 uppgick antalet pågående sjukfall till drygt 170 000 varav närmare 80 procent kunde klassas som långtidssjukskrivningar. Det är i allmänhet en större andel kvinnor än män som är sjukskrivna, både med anledning av psykiatriska diagnoser och sett till totalen. Samma fördelning kan ses gällande långtidssjukskrivningar, där det i två tredjedelar av fallen är kvinnor som är långtidssjukskrivna (20).

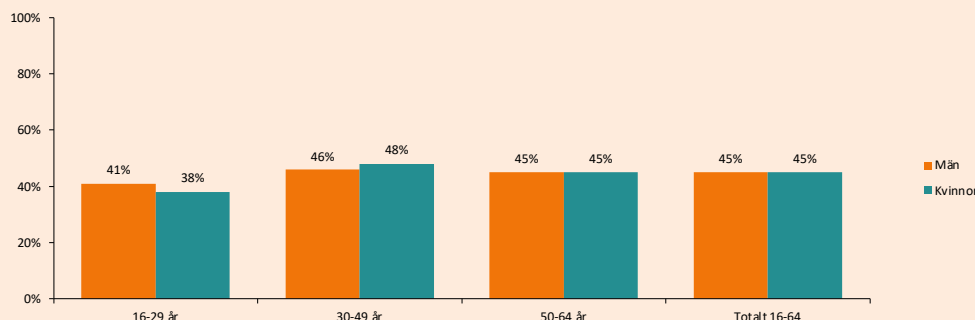


Nyckeltal 26. Andel som upplever en för hög arbetsbelastning

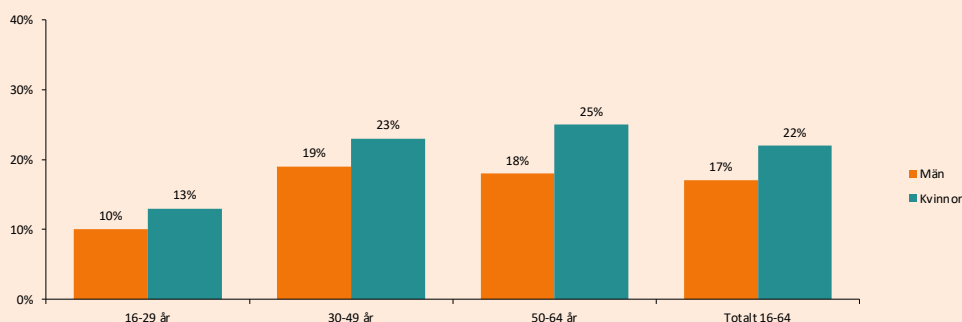
Majoriteten av den vuxna befolkningen i Sverige arbetar, och arbetet har stor betydelse för människors välmående, sinnestillstånd och livsvillkor. Förhållanden i arbetslivet påverkar den psykiska hälsan och till riskfaktorer i arbetslivet räknas exempelvis psykiskt ansträngande arbete och obalans mellan krav och egen kontroll (59). Sådana riskfaktorer är mer vanligt förekommande inom kvinnodominerade branscher såsom vård och omsorg (60) (61).

Arbetsmiljöverkets arbetsmiljöundersökning visar att närmare varannan tillfrågad upplever att de i viss mån har en stor arbetsbelastning, eller att de har alldeles för mycket att göra i sitt arbete. Var femte uppgar att de *i hög grad* har alldeles för mycket att göra. Svaren är likartade bland män och kvinnor men något fler kvinnor uppgar att de i hög grad har för mycket att göra (22 procent jämfört med 17 procent). Bland olika åldersgrupperna ses inga större skillnader men yngre (16–29 år) är de där lägst andel uppgar att de i hög grad har en stor arbetsbelastning (62).

Andel sysselsatta som i viss mån har en stor arbetsbelastning/alldeles för mycket att göra utifrån ålder och kön
Resultat visas för män respektive kvinnor (16-64 år) år 2019 (Arbetsmiljöverket)



Andel sysselsatta som i hög grad har en stor arbetsbelastning/alldeles för mycket att göra utifrån ålder och kön
Resultat visas för män respektive kvinnor (16-64 år) år 2019 (Arbetsmiljöverket)



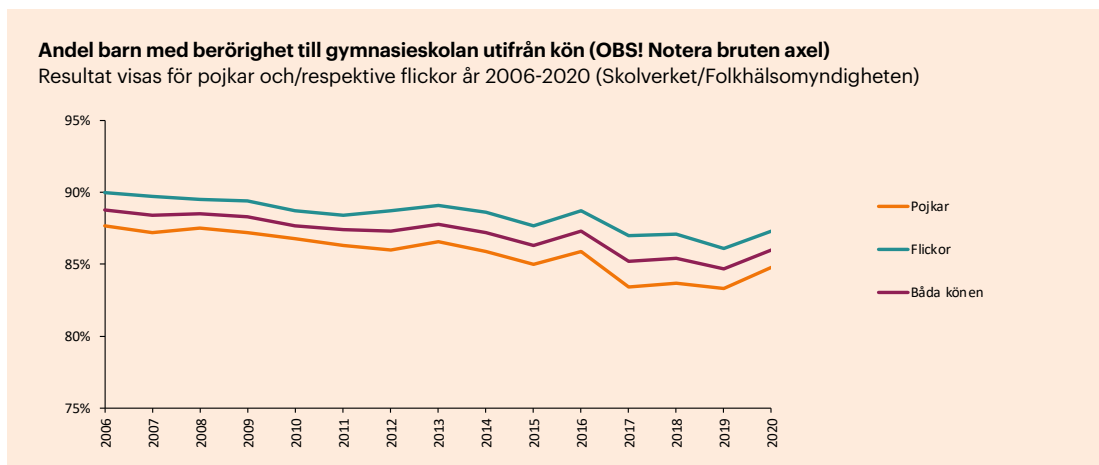
Nyckeltal 27. Behörighet till gymnasiet

Det finns ett tydligt samband mellan utbildningsnivå och hälsa. Bland annat finns tydliga kopplingar mellan för- respektive eftergymnasial utbildning och förväntad medellivslängd (63), och att gå ut skolan med sämre eller ofullständiga betyg ökar kraftigt risken för såväl psykisk ohälsa som för självmord (64). Utbildningsnivå är tydligt kopplat till förekomst av psykiatriska tillstånd där de med lång utbildning har lägst antal diagnoser per 1 000 invånare för psykisk sjukdom, och de med kort utbildning högst antal. I en rapport från Folkhälsomyndigheten undersöks patientdata från 2014 som bland annat visar att bland kvinnor i åldern 25–44 år med förgymnasial utbildning är förekomst av psykiatriska tillstånd cirka 100 på 100 000 individer. Motsvarande siffra för kvinnor med gymnasial utbildning är cirka 60 och för de med eftergymnasial utbildning cirka 35. Ett liknande mönster ses för män i samma åldrar. Rapporten konstaterar vidare att skillnaderna utifrån utbildningsnivå är större i de mer allvarliga diagnosgrupperna såsom psykos jämfört med exempelvis förstämningssyndrom (39).

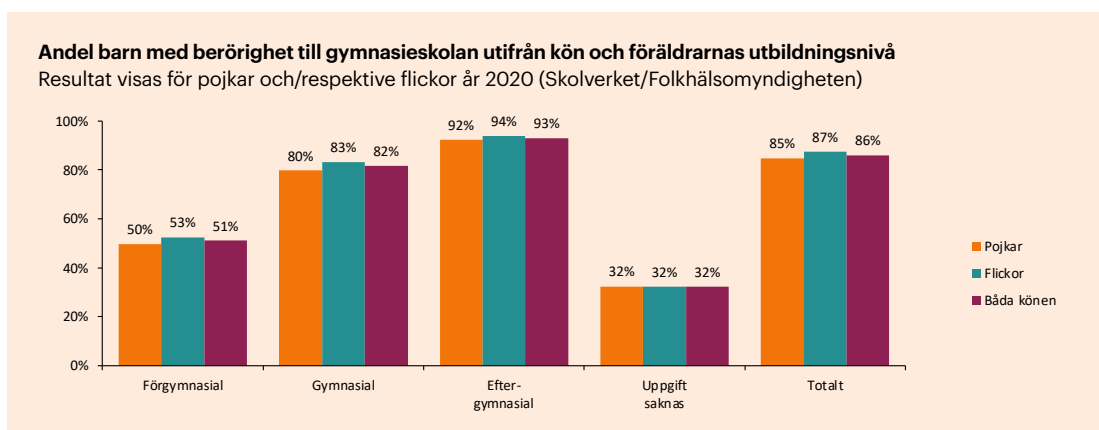
Som i flera fall gällande hälsans bestämningsfaktorer och risk- och skyddsfaktorer för psykisk hälsa har utbildningsnivå ett samband med andra faktorer, såsom arbetslöshet och inkomstnivå. Studier har visat att en högre utbildning innebär lägre arbetslöshet, något som också kan ha en positiv inverkan på den psykiska hälsan (57). Därmed kan en högre utbildningsnivå ses som en skyddsfaktor för psykisk hälsa och en låg utbildningsnivå som en riskfaktor.

Fullständiga betyg från årskurs nio ger förutsättningar för att fortsätta studera efter grundskolan. Det finns även kopplingar mellan betyg från grundskolan och risk för framtida psykosociala problem (65).

Data från Skolverket visar att många av eleverna i årskurs nio, totalt 14 procent, saknade behörighet till gymnasiet år 2020. Av dessa var andelen pojkar något högre, 15 procent, jämfört med 13 procent av flickorna. Över tid har andelen behöriga till gymnasiet minskat, både bland pojkar och flickor. Mellan år 2019 och år 2020 kunde en ökning ses för båda könen (66).



Socioekonomiska faktorer påverkar i vilken grad individer får behörighet till gymnasiet. Föräldrarnas utbildningsnivå har stor betydelse för elevernas förutsättningar att klara skolan, och barn vars föräldrar har en högre utbildningsnivå har en högre sannolikhet att bli behöriga till gymnasiet (66).



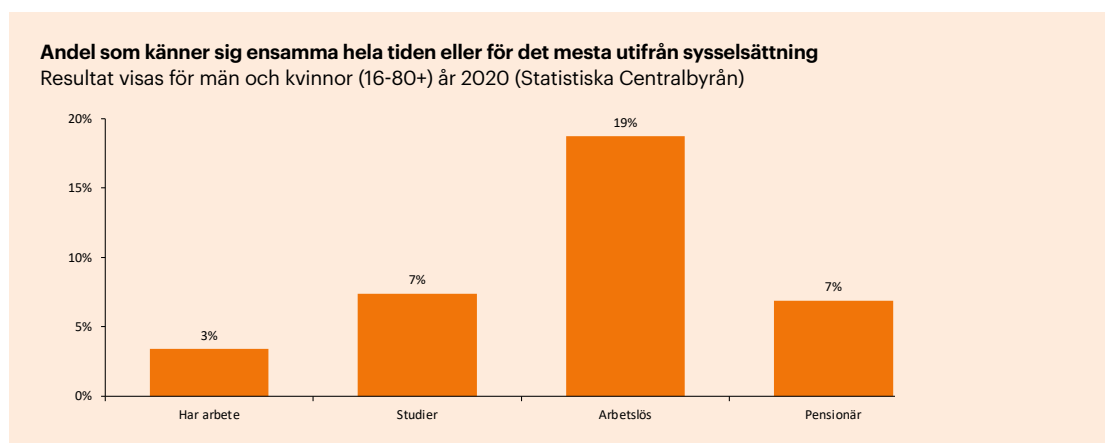
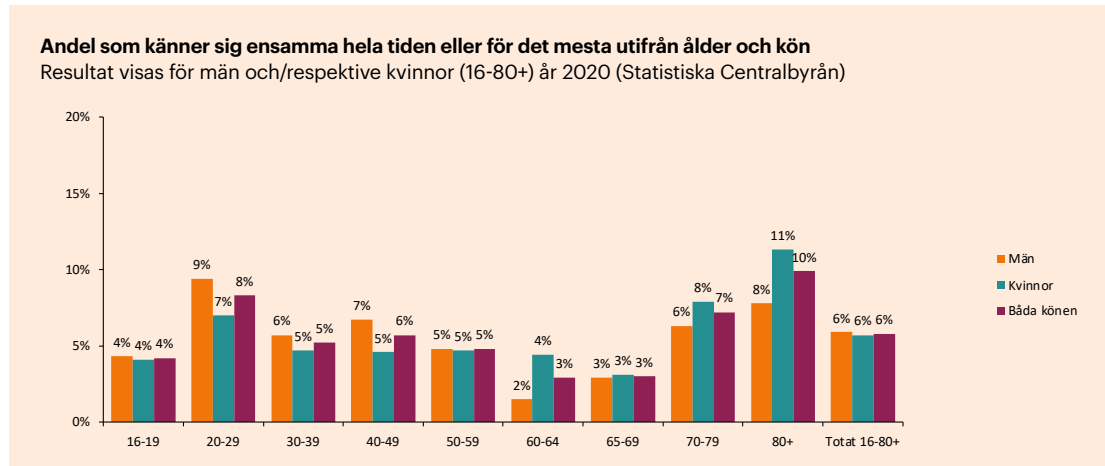
6.3 Sociala relationer

Nyckeltal 28. Ensamhet bland personer över 16 år och barn

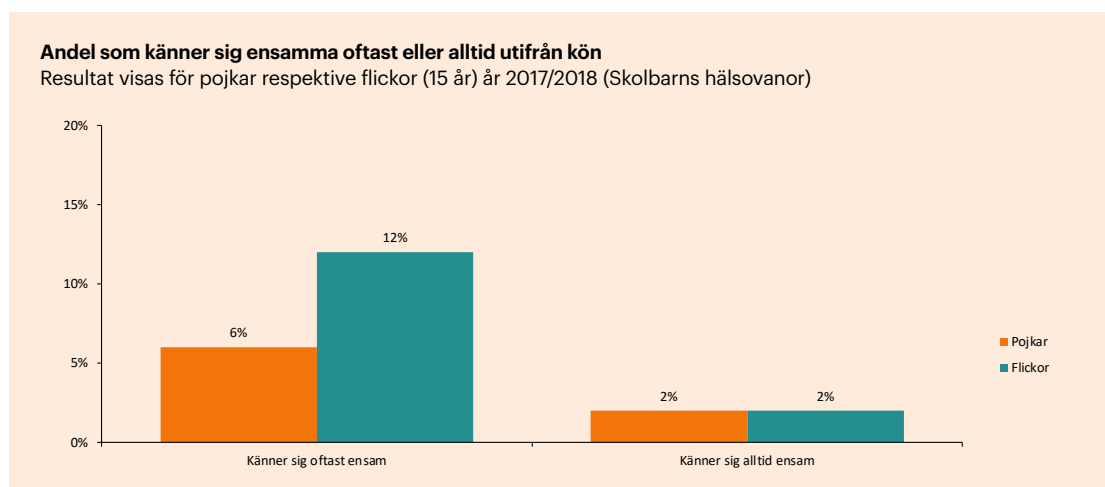
Goda sociala relationer har så stor betydelse för den psykiska hälsan att det inkluderats i definitionen för psykiskt välbefinnande (1). Ofrivillig ensamhet kan definieras som en obalans mellan ens önskade och faktiska nivå gällande sociala relationer. Vid stark och långvarig upplevelse av ofrivillig ensamhet finns ett samband med både fysisk och psykisk ohälsa (67).

I ”Undersökningar av levnadsförhållanden”⁴⁰ undersöks bland annat förekomsten av självupplevd ensamhet. Resultaten visar att under pandemiåret 2020 kände sig sex procent av befolkningen (16 år och äldre) ensamma. Av dessa återfanns den högsta andelen i åldersgruppen 85 år och äldre, där 17 procent uppgav att de känt sig ensamma hela tiden eller för det mesta under den senaste tiden. Sett till sysselsättning återfanns den största andelen ensamma bland arbetslösa, totalt 19 procent (44).

40 Statistiska Centralbyråns ”Undersökningar av levnadsförhållande” kallas även ULF/SILC



Bland barn var det tolv procent av de femtonåriga flickorna som uppgav att de oftast känner sig ensamma, en dubbelt så stor andel som bland pojkarna i samma ålder. Bland de som uppgav att de alltid känner sig ensamma är det en mindre andel, två procent, och resultaten är på samma nivå bland flickor och pojkar (6).

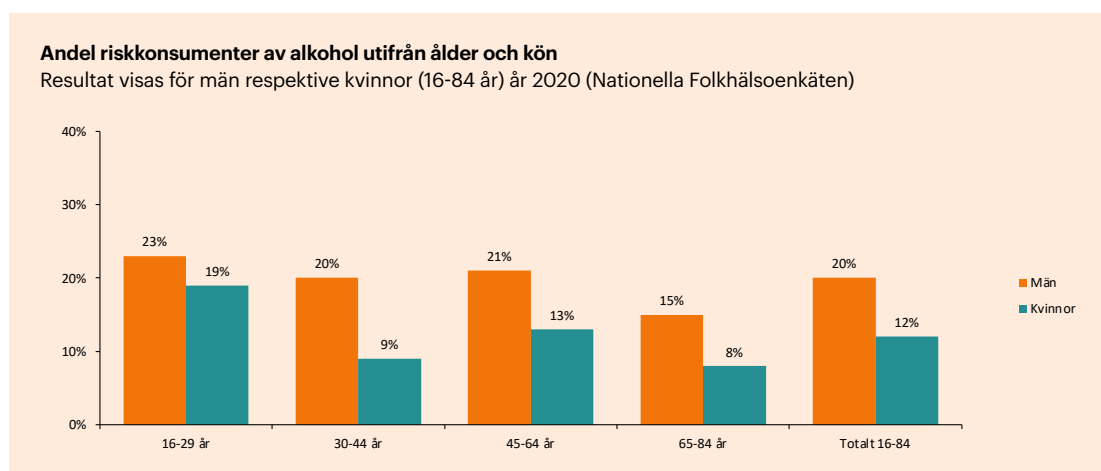


6.4 Övriga levnadsvanor

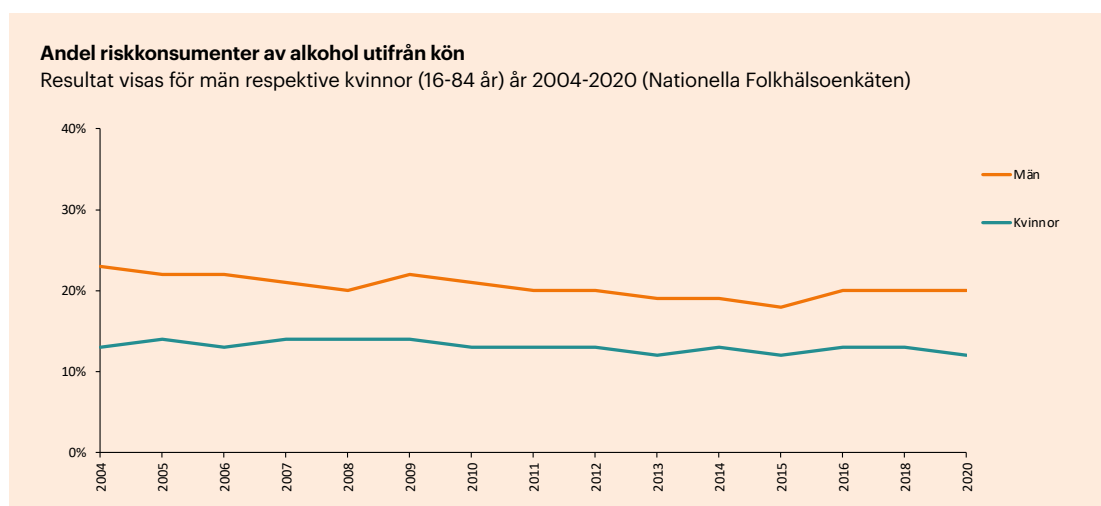
Nyckeltal 29. Andel riskkonsumenter alkohol bland personer över 16 år

Konsumtion av alkohol är en riskfaktor för psykisk ohälsa. Detta gäller inte endast missbruk och de samband som finns med psykiatriska tillstånd utan det finns även ett samband mellan livstillfredsställelse och intensivbruk av alkohol (68).

I Nationella Folkhälsoenkäten undersöks flera levnadsvanor av betydelse för hälsan, bland annat alkoholkonsumtion. Resultaten visar att fler män än kvinnor själva uppger att de konsumerar alkohol på en riskfylld nivå. De flesta återfinns i de yngre grupperna, där nästan en av fyra unga män beskriver sig själva som riskkonsumenter. Lägst andel återfinns bland den äldre gruppen kvinnor där åtta procent uppger att de är riskkonsumenter av alkohol (3).



Över tid har skillnaderna mellan åldersgrupper minskat till följd av en ökning i vissa åldersgrupper samtidigt som riskkonsumtionen i andra åldersgrupper har minskat (3).



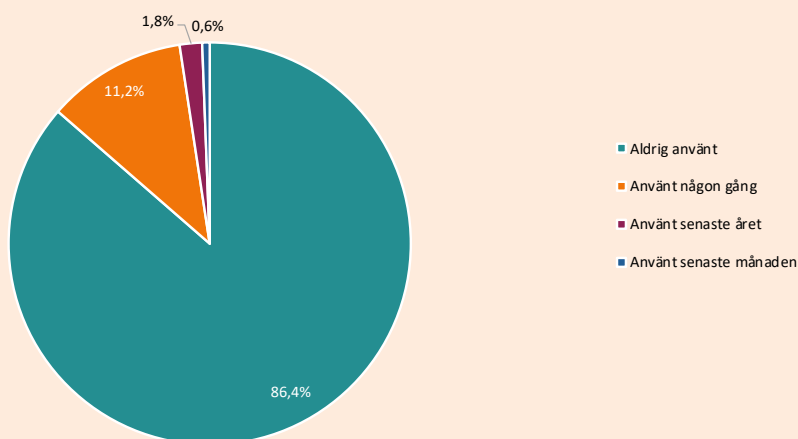
Nyckeltal 30. Narkotikaanvändning bland personer över 16 år

I Nationella Folkhälsoenkäten undersöks även användningen av narkotika bland personer över 16 år, både gällande narkotika i form av cannabis (exempelvis hasch eller marijuana) och annan form av narkotika såsom amfetamin, kokain, heroin, ecstasy eller LSD.

I den senaste Nationella Folkhälsoenkäten uppgav drygt elva procent att de någon gång använt cannabis. Knappt två procent uppgav att de använt cannabis det senaste året och knappt en procent att de använt cannabis den senaste månaden. Den största andelen, drygt 86 procent, uppgav att de aldrig provat cannabis överhuvudtaget. Cannabisanvändning i stort (det vill säga andelen som provat cannabis någon gång eller under det senaste året/månaden) är vanligare bland män än kvinnor och i åldersgruppen 16–44 år bland män respektive 16–29 år bland kvinnor. Gällande annan narkotikaanvändning, det vill säga narkotika i form av exempelvis amfetamin, kokain, heroin, ecstasy eller LSD, är det knappt sex procent som uppger att de någon gång har använt detta. Motsvarande siffra för de som använt narkotika senaste året respektive senaste månaden är 1,4 procent respektive 0,3 procent (3).

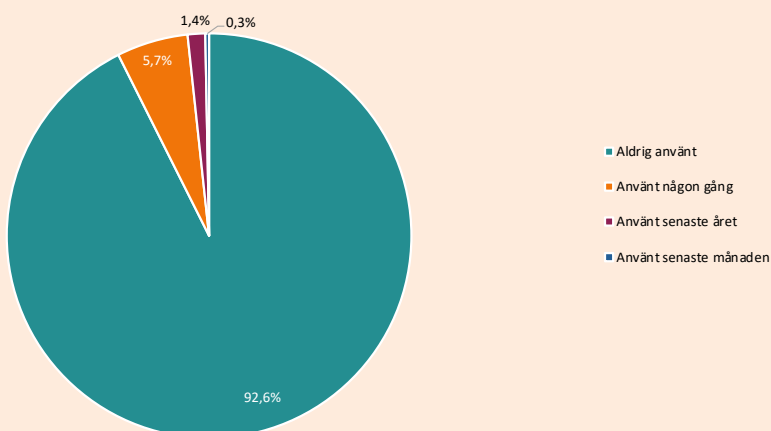
Cannabisanvändning

Resultat visas för män och kvinnor (16-84 år) 2020 (Nationella Folkhälsoenkäten)

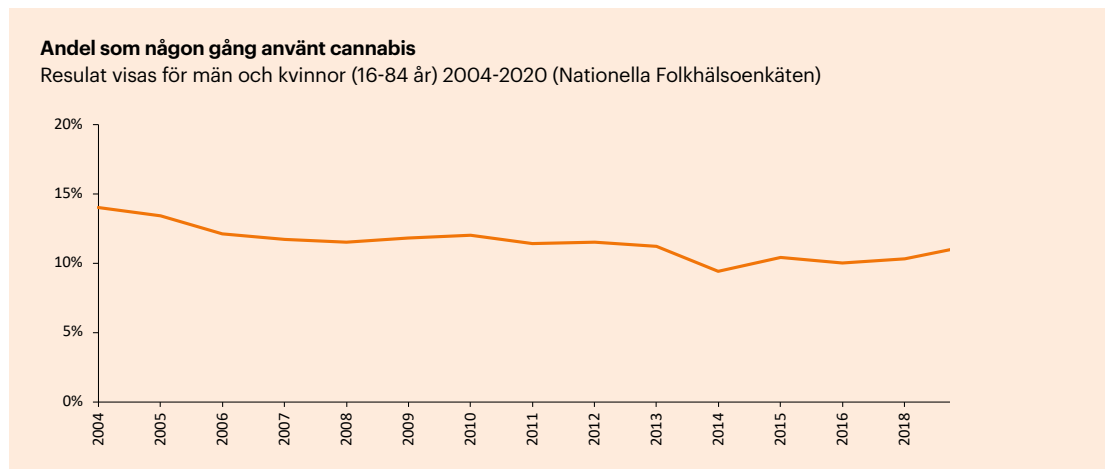


Annan narkotikaanvändning

Resultat visas för män och kvinnor (16-84 år) 2020 (Nationella Folkhälsoenkäten)

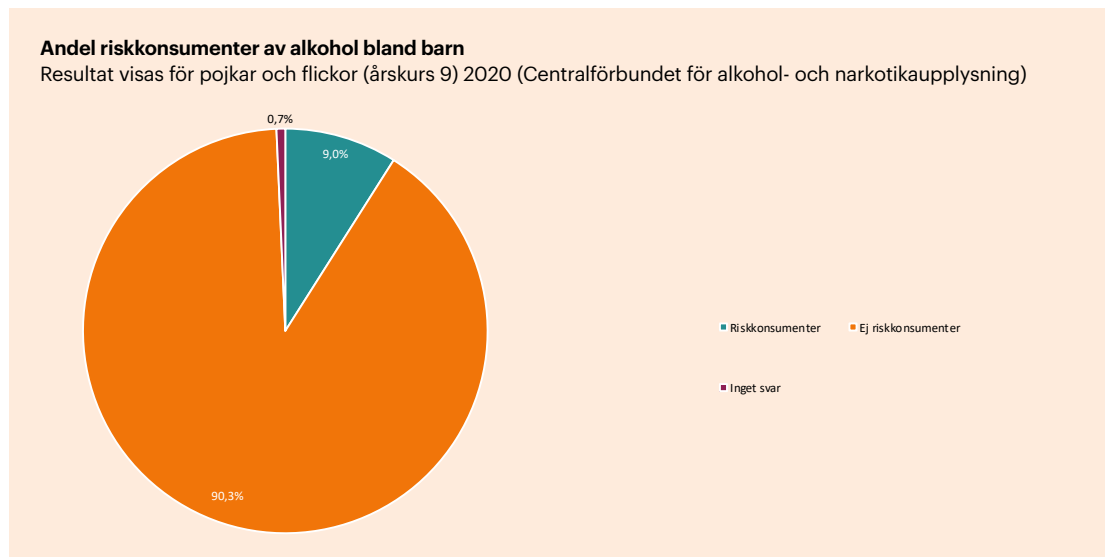


Andelen som uppger att de någon gång har använt cannabis har minskat över tid; från 14 procent år 2004 till 11 procent år 2020 (3).



Nyckeltal 31. Andel riskkonsumenter alkohol bland barn

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) genomför årligen en undersökning om drogvanor bland elever i årskurs nio och gymnasiet år två som kallas för "Skolelevers drogvanor". Undersökningen ställer frågor gällande barn och ungdomars erfarenheter av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar (69). Vid det senaste genomförandet uppgav nio procent av niondeklassarna en sådan konsumtion av alkohol som kan klassas som riskkonsumtion (70).

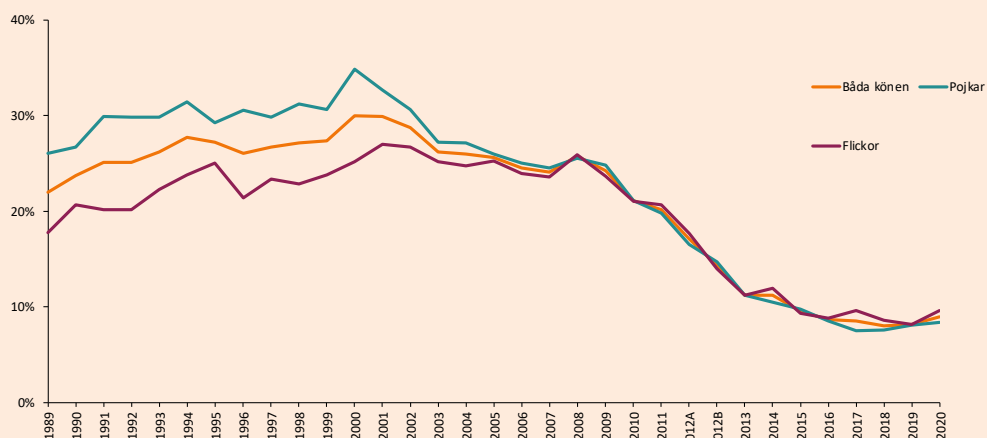


Över tid har andelen riskkonsumenter bland barn minskat; från 22 procent år 1989 till nio procent år 2020. Skillnaden mellan könen har också minskat. Mellan år 1989 och början av 2000-talet var det stor skillnad mellan pojkar och flickor (där det bland pojkarna genomgående återfanns en större andel riskkonsumenter). Sedan dess har det knappt varit några skillnader mellan könen (70).⁴¹

41 Under 2012 användes två olika formulär vid genomförandet av Skolelevers drogvanor – båda visas i enkäten

Andel riskkonsumenter av alkohol bland barn utifrån kön

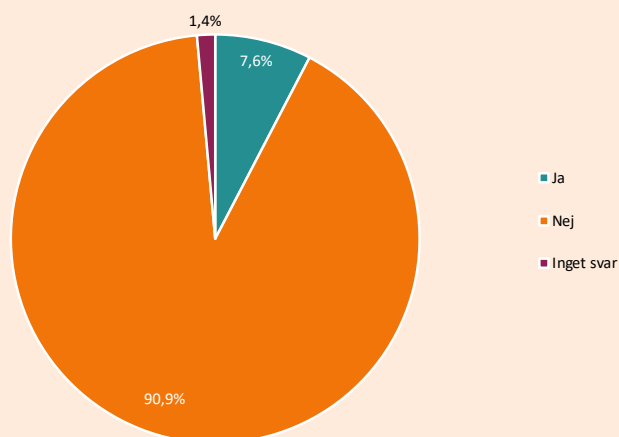
Resultat visas för pojkar och/respektive flickor (årskurs 9) 1989-2020 (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning)

**Nyckeltal 32. Narkotikaanvändning bland barn**

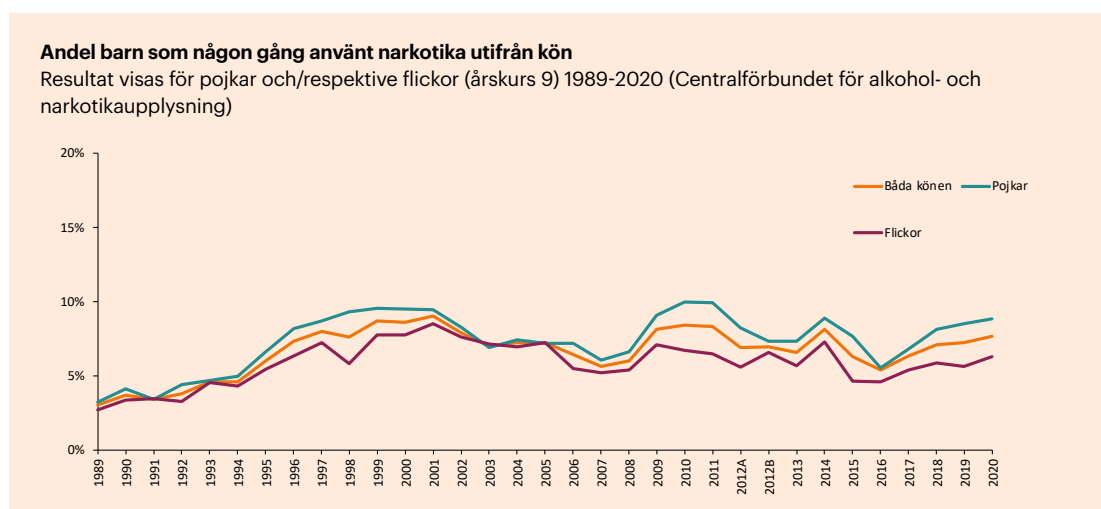
Undersökningen Skolelevs drogvanor undersöker även narkotikaanvändningen bland barn. Resultaten från år 2020:s undersökning visar att nästan åtta procent av alla elever i årskurs nio någon gång har använt narkotika. Överlag är det fler pojkar än flickor som uppger att de använt narkotika (70).

Andel barn som någon gång använt narkotika

Resultat visas för pojkar och flickor (årskurs 9) 2020 (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning)



Över tid har andelen barn som använt narkotika ökat⁴². Nivåerna har varierat över tid men en uppgång kan ses sedan år 2016 (70).



42 Under 2012 användes två olika formulär vid genomförandet av Skolelevers drogvanor – båda visas i enkäten

7

SAMTAL TILL STÖDLINJER

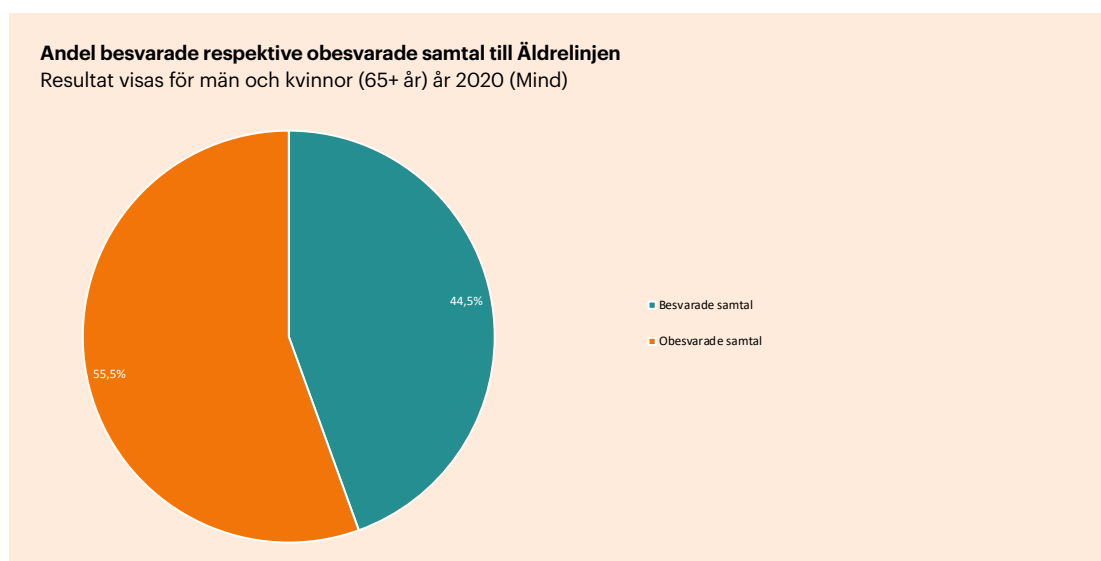
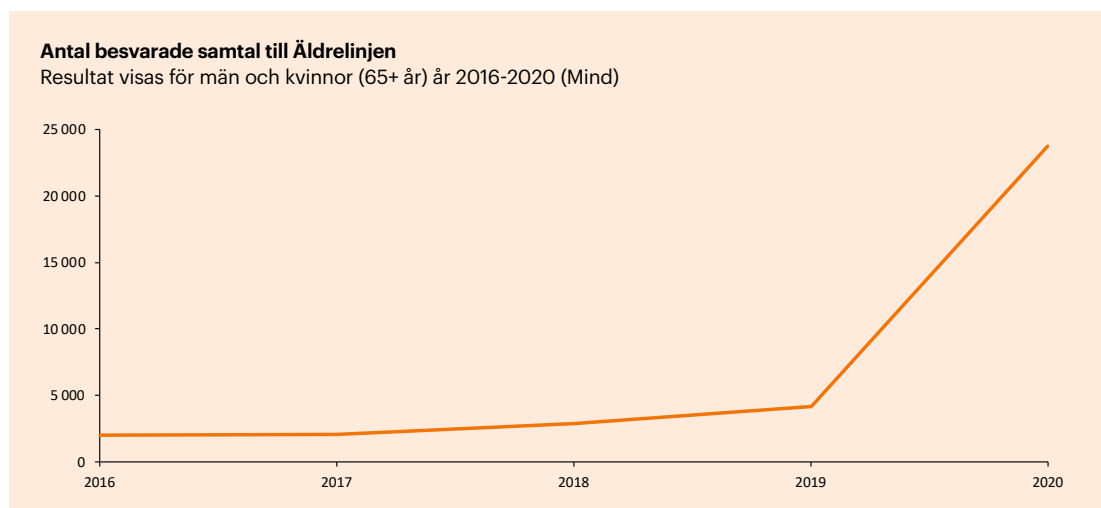
För att få en bra bild av den psykiska hälsan i Sverige krävs att man tittar på flera olika datakällor. Två typer av källor som använts i denna rapport är självrapporterad data från enkäter samt register som rör vårdkonsumtion. Ytterligare en typ av datakälla är samtal till stödlinjer som kan ge en bild av hur många svenskar som söker råd, hjälp och stöd genom andra forum och kanaler än hälso- och sjukvården.

I den här rapporten kompletteras övriga nyckeltal med Minds egen data från Äldrelinjen, Självmordslinjen och Föräldralinjen.

Nyckeltal 33. Antal samtal till Äldrelinjen (Mind)

Äldrelinjen startades av Mind år 2012 och syftar till att stödja äldre personer som behöver någon att prata med eller har olika former av psykiska besvär (71).

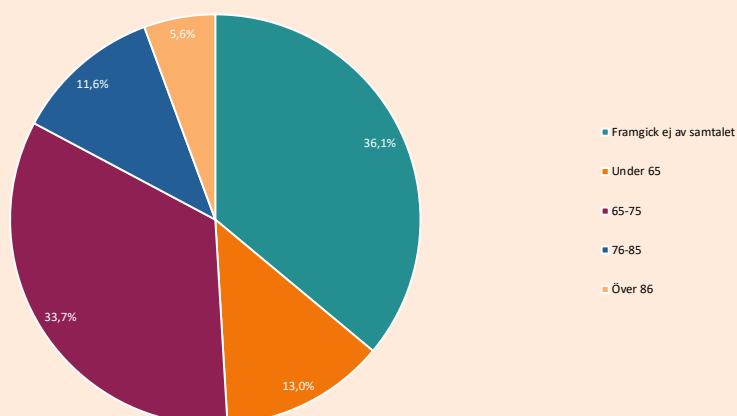
Sedan år 2017 har antalet samtal till Mind ökat kontinuerligt; antalet besvarade samtal har mer än tiodubblats (från drygt 2 000 samtal år 2016 till närmare 23 700 samtal år 2020). Även om Mind har gjort stora satsningar för att utöka kapaciteten går fortfarande drygt hälften av alla samtal till Äldrelinjen obesvarade. Detta trots att antalet volontärer har niodubblats sedan år 2016 (72).



Data från Äldrelinjen visar att den största andelen av de som ringer in är mellan 60 och 75 år, cirka 34 procent. I en tredjedel av samtalen framgick dock inte inringarens ålder (73).

Inringare till Äldrelinjen utifrån ålder

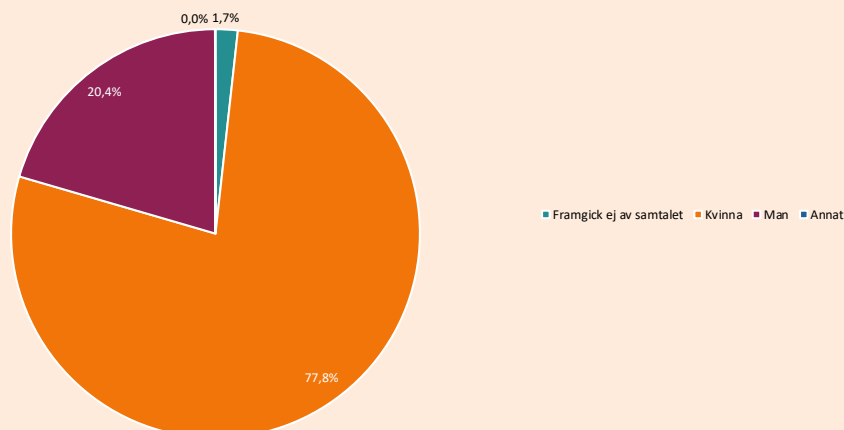
Resultat visas för män och kvinnor år 2020 (Mind)



Sett till könsfördelning bland de som ringer till Minds Äldrelinje är en stor majoritet, närmare 78 procent, kvinnor. Den vanligaste orsaken till samtal till Äldrelinjen, drygt 40 procent, berör ensamhet. Även allmänt sällskapsprat är vanligt förekommande, en dryg fjärdedel av samtalen berör frågor eller prat om exempelvis vädret eller mat⁴³ (73). Samtalen varade i snitt 15 minuter och en stor andel av de som ringer är återkommande (72).

Inringare till Äldrelinjen utifrån kön

Resultat visas för män respektive kvinnor år 2020 (Mind)

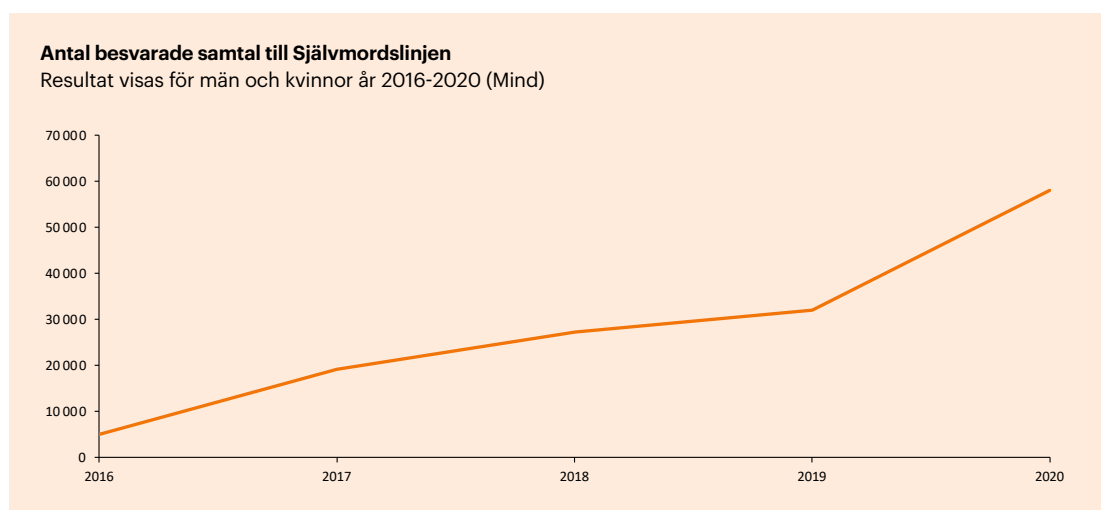


43 Då flera olika samtalsämnen kan registreras per samtal överstiger totalen av alla andelar 100 procent.

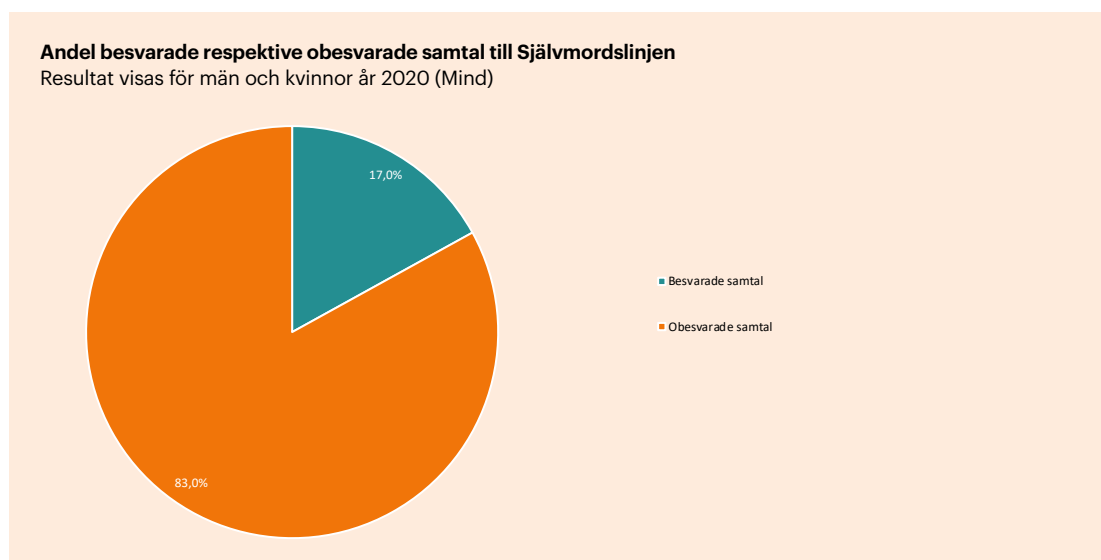
Nyckeltal 34. Antal samtal till Självmordslinjen (Mind)

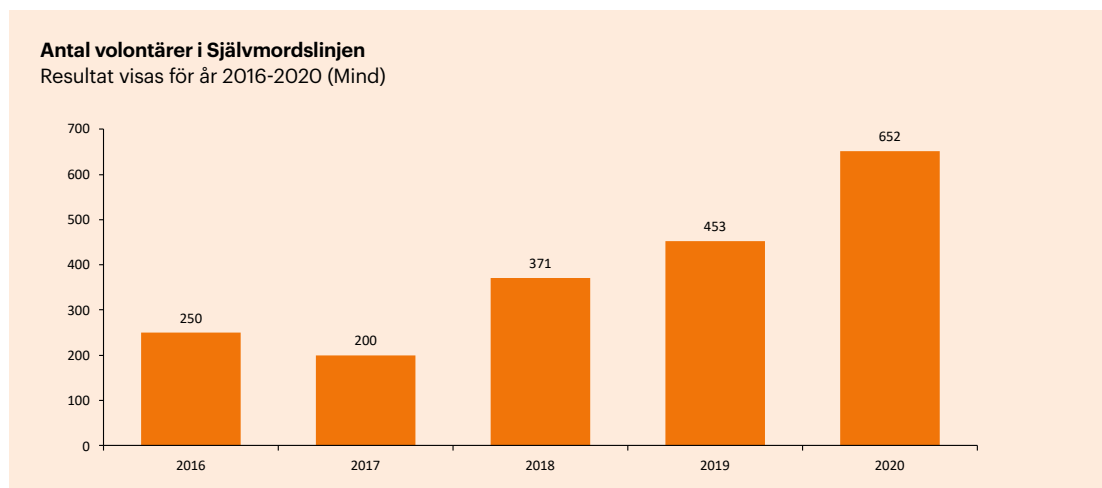
Självmordslinjen startades i dess nuvarande utformning år 2015 och är en vidareutveckling av den tidigare webbtjänsten Självmordsupplysningen (74). Självmordslinjen riktar sig till personer som har tankar på att ta sitt liv eller som har en närstående som har dessa tankar (75).

Likt som för antalet samtal till Äldrelinjen har antalet samtal till Självmordslinjen ökat över tid. Samtalen till Självmordslinjen är dock betydligt fler; år 2020 inkom drygt 340 000 samtal. Av dessa var det dock endast begränsad andel, 17 procent eller cirka 58 000, som kunde besvaras. Utöver telefonsamtal erbjuder Mind även stödsamtal via chatt och mail. Chatt är en lika vanlig kontaktväg som telefon (49 procent vardera) vilket betyder att tiotusentals personer kontaktat självmordslinjen via chatt. Mail är ovanligt; endast två procent av alla kontakter sker på detta sätt. Minds data visar att de som hör av sig till Självmordslinjen via telefon vanligtvis är äldre än de som kontaktar Självmordslinjen via chatt (72).



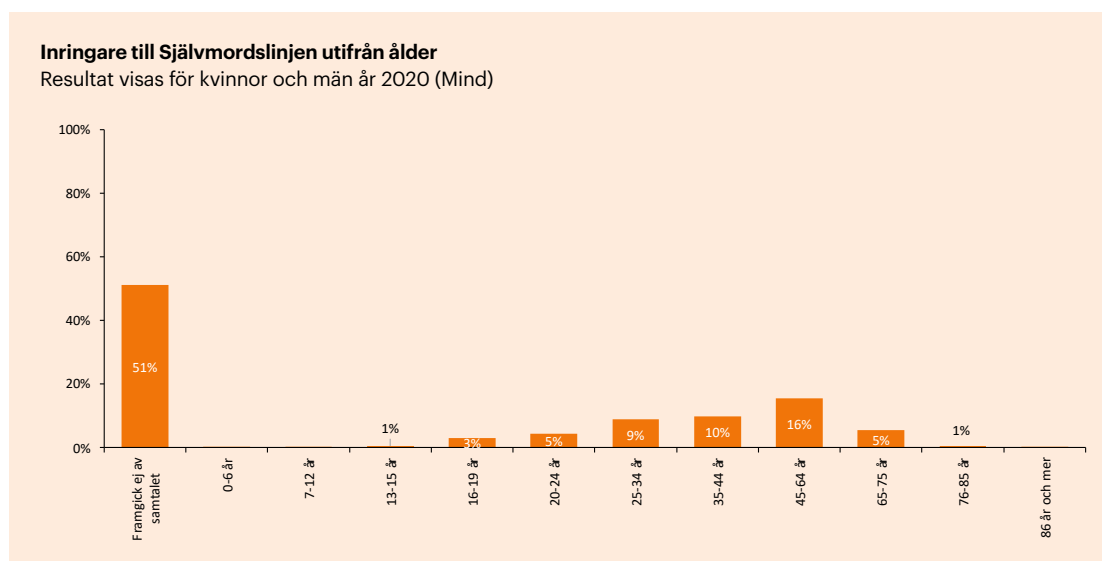
Även för Självmordslinjen har åtgärder genomförts för att utöka Självmordslinjens kapacitet och tillgänglighet, exempelvis genom att öka antalet volontärer. År 2020 var antalet volontärer för Självmordslinjen över 650 vilket kan jämföras med 250 volontärer år 2016 (72).



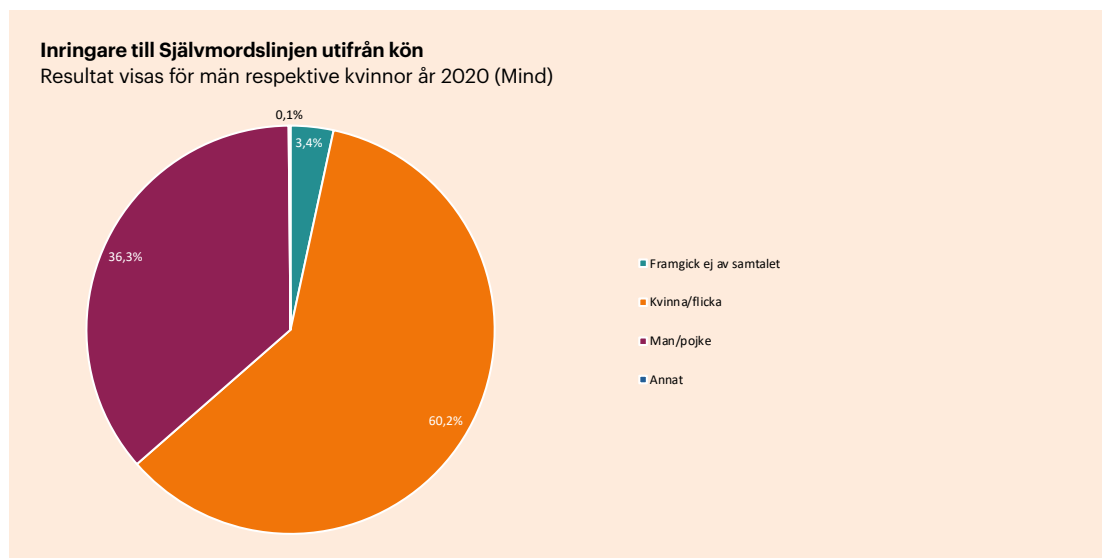


I drygt hälften av de samtal som rings till Självmordslinjen framgår det inte hur gammal inringaren är. Bland de samtal där en ålder registreras är cirka 19 procent mellan 25 och 44 år och cirka 16 procent mellan 45 och 64 år. Kvinnor utgör en majoritet av de stödsökanden, drygt 60 procent.

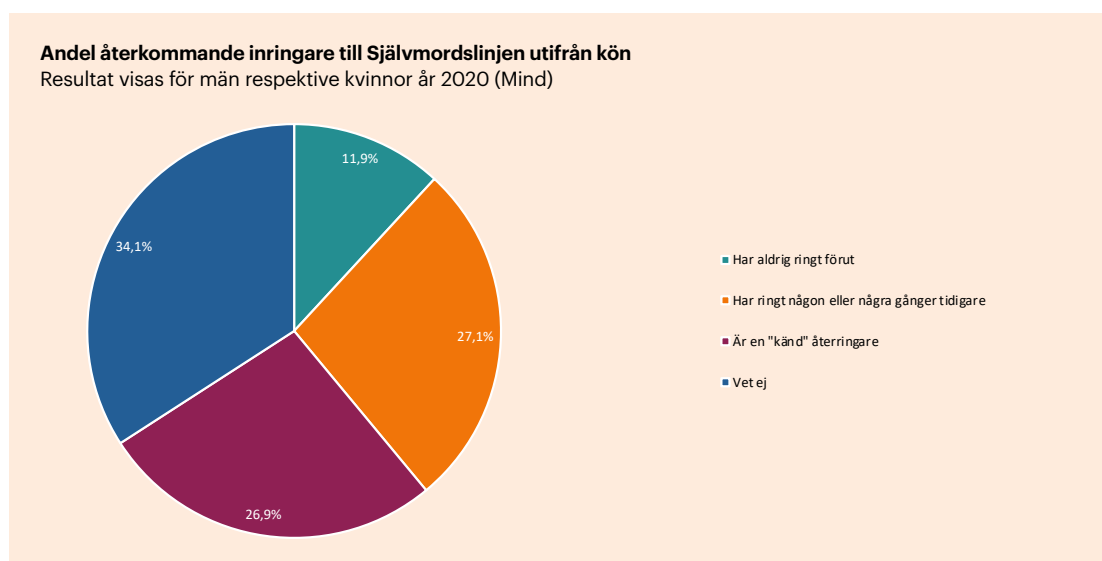
Närmare 40 procent av samtalen till Självmordslinjen berör ångest. Även nedstämdhet och depression (37 procent), ensamhet (33 procent) och självmordstankar (32 procent) är vanliga teman⁴⁴ (76).



44 Då flera olika samtalsämnen kan registreras per samtal överstiger totalen av alla andelar 100 procent.



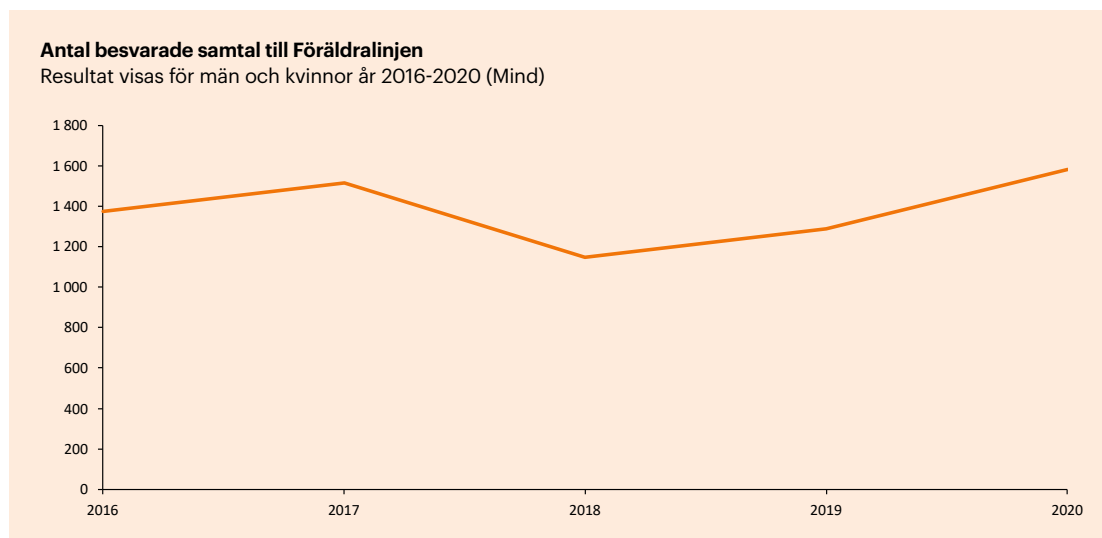
Data från Mind visar även att de flesta som ringer till Självmordslinjen är återkommande inringare. Drygt hälften av alla samtal rings från någon som tidigare har haft kontakt med Självmordslinjen. Av dessa är en dryg fjärdedel så kallade ”kända återringare”. Data visar att hälften av de som ringer har kontakt med någon annan instans för sitt psykiska mående (76).



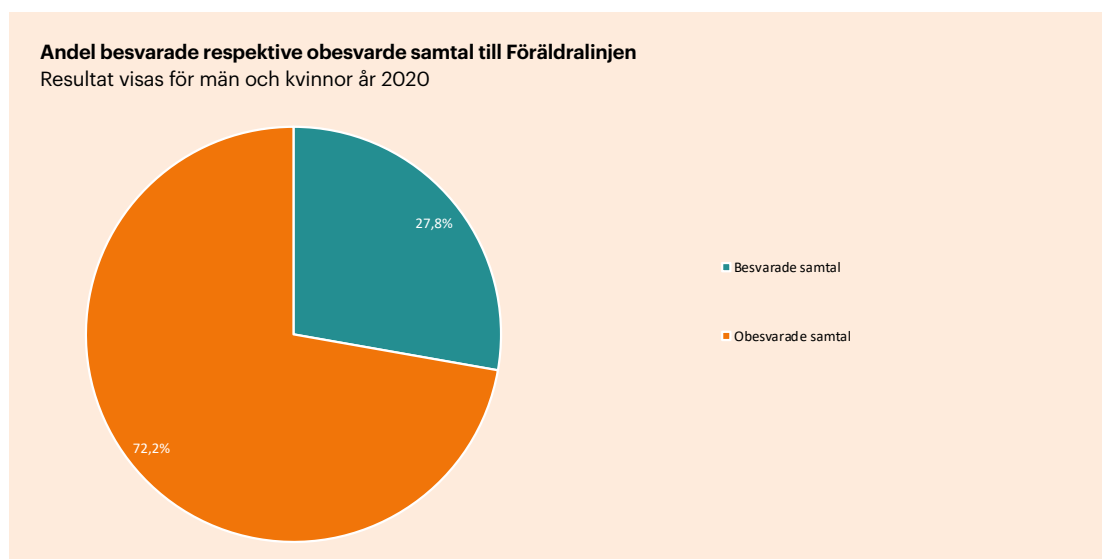
Nyckeltal 35. Antal samtal till Föräldralinjen (Mind)

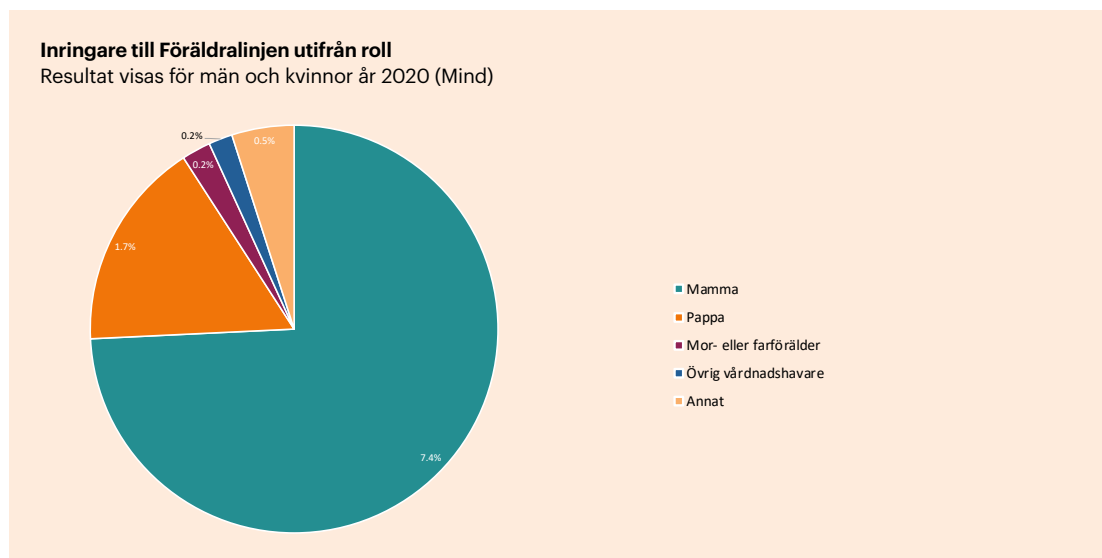
Föräldralinjen startades år 1996, då under namnet Föräldrtelefonen. Föräldralinjen är en telefonlinje för de som behöver råd och stöd i sin föräldraroll eller för föräldrar och andra vuxna som är oroliga för sitt eller någon annans barn i deras närhet (77).

Över tid har antalen besvarade samtal till Föräldralinjen varierat. Mellan åren 2017 och 2018 minskade antalet samtal för att sedan öka år 2019 och 2020. År 2020 mottogs närmare 5 700 samtal till Föräldralinjen varav 1 600 kunde besvaras (72).



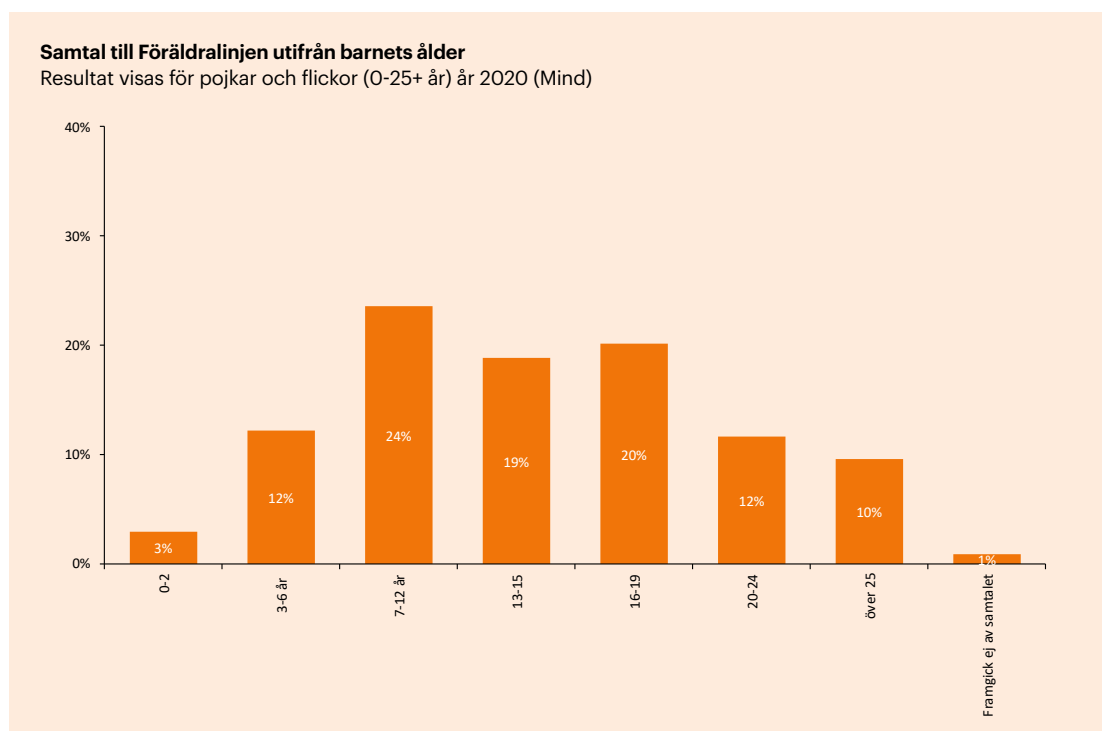
Föräldralinjen har liksom Äldrelinjen och Självordslinjen ett väsentligt högre söktryck än vad befintliga resurser kan tillmötesgå, och en stor andel av samtalen kan därmed inte besvaras. Till Föräldralinjen är det under 30 procent av de inkomna samtalen som besvaras (72). Data från Mind visar att majoriteten av samtalen rings av mammor, nästan tre fjärdedelar, medan knappt 17 procent av samtalen rings av en pappa (78).





De flesta samtal som rings till Föräldralinjen berör ett barn (88 procent) och samtal som inkommer berör lika många flickor som pojkar. Den vanligaste åldern på barnen som samtal till Föräldralinjen berör är sju till tolv år. En dryg femtedel av samtalen rör vuxna barn, det vill säga barn över tjugo år.

De vanligaste anledningarna bakom samtalet är att inringaren upplever att barnet i fråga är nedstämt eller har ångest, att inringaren upplever problem i sin roll som förälder eller att det finns någon form av relationsproblem mellan föräldrarna. I de flesta fall, 41 procent, finns ingen pågående kontakt med någon annan instans för barnets eller familjens psykiska mående men i en sjundedel av fallen finns en pågående kontakt med barn- och ungdomspsykiatri och i vart åttonde fall en kontakt med socialtjänsten (78).





Minds slutsatser

Mot bakgrund av utvecklingen av den psykiska hälsan som framkommer i temperaturmätningen vill Mind särskilt uppmärksamma två områden där initiativ krävs.

Ett hälsofrämjande samhälle

För att förebygga psykisk ohälsa måste arbetet för att minska skammen kring att prata om psykisk ohälsa gå hand i hand med insatser som ökar kunskapen om psykisk hälsa samt stöd och verktyg att hantera känslor och motgångar i livet. Kunskapshöjningen behöver ske i hela befolkningen men även bland beslutsfattare, arbetsgivare och myndigheter.

Det är tydligt att ekonomisk och social utsatthet ökar risken för psykisk ohälsa. Särskilt viktigt är det att säkra goda uppväxtvillkor för barn som annars riskerar att utveckla psykisk ohälsa och ökad risk för självmord. Det finns stora möjligheter att arbeta mer systematiskt med att identifiera riskgrupper och personer med psykisk ohälsa i ett tidigt skede för att förebygga svåra och långvariga hälsomässiga och sociala konsekvenser.

Behovet av att nå barn och unga är särskilt stort. Skolan har en viktig roll som hälsofrämjande nav i barns och ungas liv, och bör även rusta elever med kunskap om psykisk och fysisk hälsa. Skolan behöver även anpassas efter elevernas förutsättningar och säkerställa att alla får det stöd de behöver för att motverka skolstress och skolmisslyckanden.

Psykiska besvär kan mötas tidigt med hälsofrämjande vanor och medmänskligt stöd innan besvären har blivit så svåra att det är nödvändigt med professionell vård. Hur vi benämner våra svåra känslor har betydelse för hur vi ser på dem. Om allt räknas som psykisk ohälsa är risken att vi medikaliserar normala känslor i livet. Genom att förbättra relationen till det egna känslolivet, utveckla känslopråket och ägna mer tid åt att förstå människors livssituation och om det inte är där det egentliga problemet ligger, kan vi lättare skilja på de psykiska besvär som kräver professionell vård och de som kan hanteras på andra sätt.

Rätten till behovsanpassad och jämlik vård

En bidragande förklaring till att fler söker vård för psykisk ohälsa är sannolikt att stigmatiseringen minskat och därmed även skammen över att berätta att man mår psykiskt dåligt. Fler människor är därmed mer benägna att söka vård för dessa symptom. Det har även skett en utvidgning av diagnoskriterierna som innebär att det numera räcker att vara nedstämd under två veckor för att diagnostiseras som deprimerad. Detta påverkar såklart också toleransnivån för psykiska besvär och synen på om det är normalt att vara nedstämd ibland.

Många som vänder sig till vården eller till Minds stödlinjer med ett psykiskt lidande har en rad olika svårigheter som till exempel att de har relationskriser, är ofrivilligt ensamma, är utsatta för övergrepp eller mobbning, är ekonomiskt utsatta, sörjer en anhörig eller upplever meningslöshet. Att främst adressera symptomen med psykofarmaka och inte orsakerna är olyckligt.

Den kraftiga ökningen av psykofarmaka kan dels tolkas som ytterligare ett uttryck för att den psykiska ohälsan ökar i befolkningen, men kan även vara ett tecken på att tillgången till annan behandling är begränsad. Socialstyrelsen rekommenderar i första hand psykoterapi för lindrig och måttlig nedstämdhet men dessa verksamheter är alltför underdimensionerade för att möta behoven. Samtidigt har det exempelvis uppmärksammats att äldre personer och personer med utländsk bakgrund i större utsträckning enbart behandlas med psykofarmaka, trots att de kan ha behov av insatser från exempelvis den specialiserade vården.

Bakomliggande orsaker till den psykiska ohälsan bör alltid efterforskas och patienter bör få tillgång till en bredare arsenal av behandlingsåtgärder än psykofarmaka. Ibland är det bästa svaret inte en diagnos eller medicin, utan att få gehör för och stöd att hantera problem i sin specifika livssituation. Ökad tillgång till psykoterapi, sociala insatser, kunskaps- och självhjälpsprogram, medmänskliga stödsamtal samt möten med andra med liknande utmaningar är exempel på sådana åtgärder.

LITTERATURFÖRTECKNING

1. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner. *Begrepp inom området psykisk hälsa – Version 2020*. 2020.
2. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndigheten.se. *Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor*. [Online] den 25 November 2020. [Citat: den 8 Septemeber 2021.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>.
3. —. *Folkhälsodata – Resultat från Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor: 2004-2020*.
4. Globalis. Globalis.se. *Lyckoindexet*. [Online] [Citat: den 8 September 2021.] <https://www.globalis.se/Statistik/lyckoindexet>.
5. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndigheten.se. *Skolbarns hälsovanor*. [Online] den 18 Juni 2021. [Citat: den 24 08 2021.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/skolbarns-halsovanor/>.
6. —. *Folkhälsodata - Resultat från Skolbarns hälsovanor*. 1993/1994-2017/2018.
7. —. Folkhälsomyndigheten.se. *Stress*. [Online] den 15 Januari 2021. [Citat: den 15 September 2021.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/stress/>.
8. Uppdrag Psykisk Hälsa. *Psykiatri i siffror – Vuxenpsykiatri – Kartläggning 2020*. 2021.
9. al., M. Indremo et. *Validity of the Gender Dysphoria diagnosis and incidence trends in Sweden: a nationwide register study*. u.o. : Scientific Reports, 2021. 11, 16168.
10. Bremberg, Sven och Fernell, Elisabeth. Ett fertal diagnoser hos barn var lika vanliga 1990 som i dag – Epidemiologiska studier visar prevalens över längre tid. *Läkartidningen*. 2020, Vol. 117.
11. The Institute for Health Metrics and Evaluation. GDB Compare. [Online] Oktober 2020. <http://www.healthdata.org/data-visualization/gdb-compare>.
12. World Health Organization. who.int. *Years of healthy life lost due to disability (YLD)*. [Online] [Citat: den 23 08 2021.] <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/160>.
13. Agardh, Emilie, o.a. *Sjukdomsbörda och riskfaktorer i Stockholms län 1990 och 2015 - Resultat från den globala sjukdomsbärdestudien (GBD)*. Stockholm : Karolinska Institutet och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin i Stockholms läns landsting, 2017.
14. The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Ghdx.healthdata.org. *GBD Results Tool*. [Online] [Citat: den 14 September 2021.] <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
15. *Prevalence and stability of mental disorders among young adults: findings from a longitudinal study*. Gustavson, Kristin, o.a. u.o. : BMC Psychiatry, 2018.
16. Socialstyrelsen. *Patientregistret*. 2001-2019.
17. —. *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna – Till och med 2016*. 2017.
18. —. *Läkemedelsregistret*. 2006-2020.
19. —. *Statistik om läkemedel 2020*. 2021.
20. Försäkringskassan. *Försäkringskassans statistikdatabas*. 2021.
21. —. *Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning – Korta analyser 2017:1*. 2017.
22. —. *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser – En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20-69 år*. 2020.
23. Socialstyrelsen. *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom – Huvudrapport med förbättringsområden (Nationella riktlinjer – Utvärdering)*. 2019.
24. 1177. 1177.se. *Psykos*. [Online] den 16 Juli 2019. [Citat: den 12 Oktober 2021.] <https://www.1177.se/Stockholm/sjukdomar--besvar/psykiska-sjukdomar-och-besvar/psykos-och-vanforestallningar/psykos/>.
25. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning*. 2019.
26. —. *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2020*. 2020.
27. Nytida. Nytida.se. *Hög risk för psykisk ohälsa och självmord bland personer med autism*. [Online] [Citat: den 8 September 2021.] <https://nytida.se/sa-jobbar-vi/liv-och-halsa/psykisk-ohalsa/hog-risk-for-psykisk-ohalsa-och-sjalvmord-bland-personer-med-autism/>.
28. Socialstyrelsen. Patientsäkerhet.socialstyrelsen.se. *Suicid*. [Online] den 19 Maj 2021. [Citat: den 25 Augusti 2021.] <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varnskador/varnskador/suicid/>.
29. —. *Dödsorsaksregistret*. 1997-2020.
30. N-S. Tzeng, et al. *What could we learn from SARS when facing the mental health issues related to the COVID-19 outbreak? A nationwide cohort study in Taiwan*. u.o. : Translational Psychiatry, 2020.

31. P. Yip., et al. *The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong*. u.o. : Hogrefe, 2020.
32. Folkhälsomyndigheten. Suicidprevention.se. *Regionala skillnader*. [Online] [Citat: den 15 September 2021.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/regionala-skillnader/>.
33. Statens Offentliga Utredningar. *Det handlar om jämlik hälsa - Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete (SOU 2016:55)*. 2016.
34. Rikshandboken Barnhälsovård. Rikshandboken-bhv.se. *Identifiera skydds- och riskfaktorer*. [Online] den 22 November 2019. [Citat: den 20 Augusti 2021.] <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/identifiera-skydds--och-riskfaktorer/>.
35. Socialstyrelsen. *Bedöma risk och behov för barn och unga som begår brott eller har annat normbrytande beteende – Kunskapsstöd för socialtjänsten*. 2020.
36. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndigheten.se. *Vuxna – psykisk hälsa*. [Online] den 1 December 2020. [Citat: den 20 08 2021.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vuxna--psykisk-halsa/>.
37. —. Folkhälsomyndigheten.se. *Ojämligheter i psykisk hälsa*. [Online] den 1 December 2020. [Citat: den 20 August 2021.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vuxna--psykisk-halsa/ojamligheter-i-psykisk-halsa/>.
38. —. *Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige – Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?* 2019.
39. —. *Ojämligheter i psykisk hälsa – Kunskapssammanställning*. 2019.
40. World Health Organization. *Social determinants of mental health*. 2014.
41. F. Reiss. *Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review*. u.o. : Social Science & Medicine, 2013. 90:24-31.
42. Lynch J, Kaplan G. *Socioeconomic position*. New York : Social Epidemiology, 2000. p. 13-35.
43. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndigheten.se. *Ekonomisk standard*. [Online] den 20 Januari 2021. [Citat: den 20 Augusti 2021.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/livsvillkor/ekonomisk-standard/>.
44. Statistiska Centralbyrån. *Statistiska Centralbyråns statistikdatabas*. 2001-2020.
45. —. Scb.se. *Andel med låg ekonomisk standard 1975-2019*. [Online] den 27 Januari 2021. [Citat: den 10 September 2021.] <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/hushallens-ekonomi/inkomster-och-inkomstfordelning/inkomster-och-skatter/pong/tabell-och-diagram/inkomster--ekonomisk-standard-riket/andel-med-lag-ekonomisk-standard/>.
46. Sveriges Kommuner och Landsting. *Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända – nationell spridning av insatser från förstudien om positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända*. 2017.
47. Folkhälsomyndigheten. *Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland*. 2019.
48. Socialstyrelsen. *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter – Ett kunskapsunderlag för primärvården*. 205.
49. Läkartidningen. Läkartidningen.se. *Utrikesfödda använder mindre psykiatrisk vård än svenskfödda de första åren i Sverige*. [Online] den 14 Januari 2020. [Citat: den 11 Oktober 2021.] <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2020/01/utrikesfodda-anvander-mindre-psykiatrisk-var-d-an-svenskfodda-de-forsta-aren-i-sverige/>.
50. *Olika villkor – olika hälsa. Hälsan bland irakier folkbokförda i Malmö 2005-2007*. Daryani, A, o.a. 2012, Socialmedicinsk tidskrift, ss. 112-115.
51. *Poor health and refraining from seeking healthcare are associated with comprehensive health literacy among refugees: a Swedish cross-sectional study*. Wängdahl, J, o.a. 2018, International journal of public health,, ss. 409-419.
52. Zdravkovic, S, o.a. *Kartläggning av hälsa, levnadsvanor, sociala relationer, arbetsmarknad och boendemiljö bland arabiskttalande nyanlända inom etableringen. Delrapport från MILSA 2.0*. u.o. : Malmö Universitet, 2019.
53. Bäärnhielm, Sofie och Johansson Metso, Frida. All metodutveckling måste inkludera mångfaldsfrågor – Påfrestande exiltillvaro kan påverka resultat av behandling vid posttraumatisk stress. *Läkartidningen*. 2020, Vol. 117.
54. Socialstyrelsen. *Slutrapport från Kunskapscentrum för ensamkommande barn*. 2021.
55. Migrationsverket. *Migrationsverkets statistikverktyg*. 1980-2020.
56. Statistiska Centralbyrån. Scb.se. *Andel som oroar sig för sin ekonomi 2020*. [Online] den 21 April 2021. [Citat: den 20 Augusti 2021.] <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/pong/tabell-och-diagram/trygghet/andel-som-oroar-sig-for-sin-ekonomi-2020/>.
57. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndigheten.se. *Långtidsarbetslöshet*. [Online] den 28 Maj 2020. [Citat: den 20 Augusti 2021.]
58. Arbetsförmedlingen. Arbetskraftsundersökningarna (AKU), maj 2021. [Online] den 22 06 2021. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/arbetskraftsundersokningar/arbetskraftsundersokningarna-aku/pong/statistiknyhet/arbetskraftsundersokningarna-aku-maj-2021/>.
59. Folkhälsomyndigheten. *Vuxna – psykisk hälsa*. [Online] 2020. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vuxna--psykisk-halsa/>.

60. Arbetsmiljöverket. *Arbetsmiljön 2019 – Arbetsmiljöstatistik Rapport 2020:2*. 2020.
61. Socialstyrelsen. *Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2020 samt arbetsmarknadsstatus 2019*. 2021.
62. Arbetsmiljöverket. *Arbetsmiljön 2019 – Tabellbilaga – Arbetsmiljöstatistik Rapport 2020:2*. 2020.
63. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndigheten.se. *Gymnasiebehörighet*. [Online] den 15 Januari 2021. [Citat: den 20 Augusti 2021.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/livsvillkor/gymnasiebehorighet/>.
64. al., C. Björkenstam et. *School grades, parental education and suicide – a national register-based cohort study*. 2010.
65. Socialstyrelsen. *Social rapport 2010*. 2021.
66. Folkhälsomyndigheten, Skolverket. *Folkhälsodata – Resultat från Skolverket*. 2006-2020.
67. Folkhälsomyndigheten. *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 – Grundrapport*. 2019.
68. Läkartidningen. www.lakartidningen.se. *Psykisk ohälsa och alkohol har en nära koppling*. [Online] den 3 September 2013. [Citat: den 3 September 2021.] <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2013/09/psykisk-ohalsa-och-alkohol-har-en-nara-koppling/>.
69. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Can.se. *Skolelevers drogvanor 2020*. [Online] den 11 December 2020. [Citat: den 10 Septemeber 2021.] <https://www.can.se/publikationer/skolelevers-drogvanor-2020/>.
70. —. *Skolelevers drogvanor 2020 - Tabellbilaga till CAN rapport 197*. 1989-2020.
71. Mind. Mind.se. *Om Äldrelinjen*. [Online] [Citat: den 7 September 2021.] <https://mind.se/hitta-hjalp/aldrelinjen/>.
72. —. *Årsrapporter*. 2016-2020.
73. —. *Data från Äldrelinjen*. 2020.
74. —. Mind.se. *Självordslinjens historia*. [Online] [Citat: den 7 September 2021.] <https://mind.se/hitta-hjalp/sjalvmordslinjen/sjalvmordslinjens-historia/>.
75. —. Mind.se. *Självordslinjen*. [Online] [Citat: den 7 September 2021.] <https://mind.se/hitta-hjalp/sjalvmordslinjen/>.
76. —. *Data från Självordslinjen*. 2020.
77. —. Mind.se. *Föräldralinjen*. [Online] [Citat: den 16 September 2021.] <https://mind.se/hitta-hjalp/foraldralinjen/>.
78. —. *Data från Föräldralinjen*. 2020.
79. Folkhälsomyndigheten. *Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor år 2020*. 2020.
80. —. *Psykisk hälsa bland 11-, 13- och 15-åringar – Resultat från Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/2018*. 2018.
81. Försäkringskassan. Försäkringskassan.se. *Antal personer som är sjukskrivna efter diagnos*. [Online] [Citat: den 23 Augusti 2021.] https://www.forsakringskassan.se/statistik/statistikdatabas!/ut/p/z1/04_Sj9CPykyssy0xPLMnMz0vMAfjjo8ziLQI8TDy8DIx8Ddy8jQwCfZ3dLUxDPY1dnE30w8EKDHAARwP9KEL6o8BKTDxcnA3dnQ283b083QwcQ4L8TD2NfA0ngo2hCvBYUZAbYZDpqKGIAP7D_6I/#!/sjuk/sjp-pagaende-sjukfall-diagnos
82. Statistiska Centralbyrån. Scb.se. *Att mäta fattigdom*. [Online] den 11 December 2017. [Citat: den 20 Augusti 2021.] <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2017/Att-mata-fattigdom/>.
83. Migrationsverket. Migrationsverket.se. *Vad betyder orden?* [Online] den 31 Mars 2021. [Citat: den 31 Augusti 2021.] <https://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/For-dig-som-ar-barn-och-har-sokt-asyl/Vad-betyder-orden.html>.
84. Statistiska Centralbyrån. Scb.se. *Arbetslöshet i Sverige*. [Online] den 25 Mars 2021. [Citat: den 6 September 2021.] <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/samhallets-ekonomi/arbetsloshet-i-sverige/#:~:text=Som%20mest%20var%20arbetsl%C3%B6sheten%208, var%20den%208%2C3%20procent.>
85. Arbetsförmedlingen. Arbetsförmedlingen.se. *Statistik om arbetslöshet och arbetssökande*. [Online] [Citat: den 6 September 2021.] <https://arbetsformedlingen.se/statistik/arbetsloshet>.
86. Försäkringskassan. *Socialförsäkringen i siffror 2021*. 2021.
87. —. *Långtidsjukskrivna – demografi, arbete, yrke, diagnos, sjukpenningssätt och återgång i arbete 2003, 2005 och 2006*. 2007.
88. Folkhälsomyndigheten. *Definitioner, kommentarer och källor – Folkhälsodata*. 2021.
89. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten. *Händelseanalyser av suicid inom hälso- och sjukvården – En sammanställning och analys av händelseanalyser i Nitha Kunskapsbank*. 2019.
90. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndigheten.se. *Suicid i världen*. [Online] [Citat: den 25 Augusti 2021.] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/suicid-i-varlden/>.
91. Internetmedicin. Internetmedicin.se. *Graviditetspsykiatri*. [Online] den 4 Oktober 2020. [Citat: den 25 Augusti 2021.] <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/psykiatri/graviditetspsykiatri/>.
92. Arbetsförmedlingen. *Arbetsförmedlingens statistikverktyg*. 2021.
93. Karolinska Institutet. *Graviditetsregistret*. 2016-2020.
94. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för dödsorsaker. [Online] 2021.

BILAGA 1: DATAKÄLLOR OCH URVAL

För att beskriva den psykiska hälsan i Sverige har ett trettiotal nyckeltal valts ut. Nyckeltalen syftar till att ge en helhetsbild över olika dimensioner av psykisk hälsa, det vill säga såväl psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa som risk- och skyddsfaktor och självmord. Varje kategori i strukturen som beskrivs i kapitel 1 är representerad med minst ett nyckeltal. I den mån det varit möjligt återfinns nyckeltal som avser den vuxna befolkningen såväl som nyckeltal som avser barn och unga inom varje kategori.

Rapporten baseras på publika datakällor som samlar statistik på nationell nivå. I första hand har datakällor som uppdateras minst årligen använts. Ett fåtal datakällor som uppdateras mer sällan ingår också i underlag: Nationella Folkhälsoenkäten (vartannat år); Skolbarns hälsovanor (vart fjärde år); ULF/SILC (vart tredje/fjärde år). Med fyra undantag har data från år 2020 använts. De datakällor med äldre data som inkluderats i rapporten är: *GBD Result Tool* (2019); Patientregistret (2019); Skolbarns hälsovanor (2017/2018); SCB:s statistikdatabas (2019).

Datakälla	Ansvarig	Källtyp ⁴¹	Uppdateringsfrekvens	Senast tillgängliga data
Arbetsmiljöundersökningen	Arbetsmiljöverket	E	Vartannat år	2019
Dödsorsaksregistret	Socialstyrelsen	R	Årligen	2020
Folkhälsodata	Folkhälsomyndigheten/ Skolverket	R	Årligen	2020
Försäkringskassans statistikdatabas	Försäkringskassan	R	Månadsvis	2021
GBD Result Tool	The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)	R	Årligen	2019
Graviditetsregistret	Karolinska Universitetssjukhuset	R	Årligen	2020
Läkemedelsregistret	Socialstyrelsen	R	Årligen	2020
Migrationsverkets statistikverktyg	Migrationsverket	R	Årligen	2020
Minds årsrapport	Mind	Ö	Årligen	2020
Nationella Folkhälsoenkäten	Folkhälsomyndigheten	E	Vartannat år	2020
Patientregistret	Socialstyrelsen	R	Årligen	2019
Skolbarns hälsovanor	Folkhälsomyndigheten	E	Vart fjärde år	2017/18
Skolelevers drogvanor	Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning	E	Årligen	2020
Statistiska Centralbyråns statistikdatabas	Statistiska Centralbyrån	R	Årligen	2019
ULF/SILC	Statistiska Centralbyrån	E	Vart fjärde (tredje) år	2020

41 E = Enkät, R = Register, Ö = Övrig datakälla

42 Ursprungligen Skolverket, bearbetat av Folkhälsomyndigheten (data hämtas ifrån i Folkhälsomyndighetens verktyg "Folkhälso-data")

BILAGA 2: DEFINITIONER AV NYCKELTAL

Nedan följer en sammanställning av samtliga nyckeltal och definitionerna av dessa och andra relevanta begrepp inom området. Även ursprunglig datakälla för nyckeltalet anges i denna sammanställning.

Nyckeltal 1 – Psykiskt välbefinnande bland personer över 16 år

Andelen personer övre 16 år (kvinnor och män i befolkningen 16–84 år) som upplever ett gott eller mycket gott psykiskt välbefinnande utvärderas enligt sju delfrågor i Nationella Folkhälsoenkäten gällande de svarandes situation under de senaste två veckorna. Svartalternativen går från ”Alltid”/5 poäng till ”Aldrig”/1 poäng och poängen från delfrågorna summeras till max 35 poäng. Ett gott psykiskt välbefinnande kräver 21 poäng; ett mycket gott välbefinnande 30 poäng (79).

För att utvärdera bland annat psykiskt välbefinnande utifrån socioekonomi används inkomstgrupper (IK) eller inkomstintervall. Dessa definieras enligt nedan:

- IK1 – 20 procent med lägst inkomst
- IK2 – 20 procent med näst lägst inkomst
- IK3 – 20 procent med mitterst inkomst
- IK4 – 20 procent med näst högst inkomst
- IK5 – 20 procent med högst inkomst

Datakälla: Nationella Folkhälsoenkäten – Folkhälsomyndigheten

Nyckeltal 2 – Andel barn som är nöjda med livet

Andelen barn (skolbarn i åldrarna 11, 13 respektive 15 år) som är nöjda med livets definieras genom frågan ”Vad tycker du om ditt liv i största allmänhet” från Skolbarns hälsovanor där svartalternativen var illustrerade med en stege mellan 0 (”sämsta tänkbara liv”) och 10 (”bästa tänkbara liv”). För att klassas som ”nöjd med livet” krävs ett svar på minst 6 (80).

Datakälla: Skolbarns hälsovanor – Folkhälsomyndigheten

Nyckeltal 3 – Ängslan, oro eller ångest bland personer över 16 år

Ängslan, oro eller ångest bland personer över 16 år definieras som den andel kvinnor och män i befolkningen 16–84 år som uppger att de har (lätta eller svåra) besvär av ängslan, oro eller ångest.

För definition av inkomstgrupper; se Nyckeltal 1.

Datakälla: Nationella Folkhälsoenkäten – Folkhälsomyndigheten

Nyckeltal 4 – Nervositet bland barn

Nervositet bland barn definieras som den andel pojkar/flickor i åldrarna 11, 13 respektive 15 år som uppger att de har känt sig nervösa oftare än 1 gång/vecka. Svartalternativen är enligt nedan och redovisas som andel svarande per svartalternativ:

- Ung. varje dag
- > 1 gång/vecka
- Ca 1 gång/vecka
- Ca 1 gång/månad
- Aldrig

För att få andelen barn som uppger exempelvis nervositet oftare än 1 gång/vecka summeras andelarna för svartalternativen ”Ung. varje dag” och ”>1 gång/vecka”.

Datakälla: Skolbarns hälsovanor – Folkhälsomyndigheten

Nyckeltal 5 – Nedstämdhet bland barn

Nedstämdhet bland barn definieras som den andel pojkar/flickor i åldrarna 11, 13 respektive 15 år som uppger att de har känt sig nere oftare än 1 gång/vecka.

För definition av svarsalternativ; se Nyckeltal 4.

Datakälla: Skolbarns hälsovanor – Folkhälsomyndigheten

Nyckeltal 6 – Stress bland personer över 16 år

Stress bland personer över 16 år (kvinnor och män i befolkningen 16–84 år) definieras genom frågan ”Känner du dig för närvarande stressad?” med svarsalternativ enligt nedan:

- Inte alls
- I viss mån
- Ganska mycket
- Väldigt mycket

Andelen stressade definieras som den andel svarande som uppger att de för närvarande är ”ganska mycket” eller ”väldigt mycket” stressade. Andelen mycket stressad definieras som den andel som uppgett svaret ”väldigt mycket” (79).

Datakälla: Nationella Folkhälsoenkäten - Folkhälsomyndigheten

Nyckeltal 7 – Sömnsvårigheter bland barn och personer över 16 år

Sömnsvårigheter bland personer över 16 år definieras som den andel kvinnor och män i befolkningen 16–84 år som uppger att de har (lätta eller svåra) sömnbesvär. Motsvarande mått för barn definieras som den andel pojkar/flickor i åldrarna 11, 13 respektive 15 år som uppger att de har sömnproblem oftare än 1 gång/vecka.

För definition av svarsalternativ; se Nyckeltal 4.

Datakälla: Nationella Folkhälsoenkäten – Folkhälsomyndigheten (vuxna), Skolbarns hälsovanor - Folkhälsomyndigheten (barn)

Nyckeltal 8 – Huvudvärk bland barn och personer över 16 år

Huvudvärk bland personer över 16 år definieras som den andel kvinnor och män i befolkningen 16–84 år som uppger att de har (lätta eller svåra) besvär av huvudvärk. Motsvarande mått för barn definieras som den andel pojkar/flickor i åldrarna 11, 13 respektive 15 år som uppger att de har huvudvärk oftare än 1 gång/vecka.

För definition av svarsalternativ; se Nyckeltal 4.

Datakälla: Nationella Folkhälsoenkäten – Folkhälsomyndigheten (vuxna), Skolbarns hälsovanor - Folkhälsomyndigheten (barn)

Nyckeltal 9 – Magont bland barn

Magont bland barn definieras som den andel pojkar/flickor i åldrarna 11, 13 respektive 15 år som uppger att de har haft magont oftare än 1 gång/vecka.

För definition av svarsalternativ; se Nyckeltal 4.

Datakälla: Skolbarns hälsovanor – Folkhälsomyndigheten

Nyckeltal 10 – Prevalens av psykiatriska tillstånd

Datakälla: GBD Result Tool - IHME Data - Global Burden of Disease Study

Nyckeltal 11 – Years Lived with Disability för psykiatriska tillstånd

Måttet ”Years Lived with Disability”, eller YLD, är ett mått för att beräkna och jämföra sjukdomsburden av ett visst tillstånd. En YLD representerar motsvarigheten av ett år av ett ”friskt” liv som förlorats på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning (12). Måttet anges ofta per sjukdomsgrupp och population för att kunna ställa dessa i relation till varandra.

Datakälla: GBD Result Tool - IHME Data - Global Burden of Disease Study

Nyckeltal 12 – Antal patienter i specialiserad öppenvård eller slutenvård

I Patientregistret registreras information gällande den specialiserade vården (specialiserad öppenvård samt slutenvård) och ger underlag för statistik om sjukdomar och behandlingar som genomförts. I statistiktjänsten för sjukdomar och symptom ges möjlighet att sammanställa egen data efter behov baserat på ett flertal mått. De olika diagnoserna klassificeras enligt systemet ICD10 enligt nedan:

A00-B99	A00-B99 Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar
C00-D48	C00-D48 Tumörer
D50-D89	D50-D89 Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet
E00-E90	E00-E90 Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningsjukdomar
F00-F99	F00-F99 Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar
G00-G99	G00-G99 Sjukdomar i nervsystemet
H00-H59	H00-H59 Sjukdomar i ögat och närliggande organ
H60-H95	H60-H95 Sjukdomar i örat och mastoidutskottet
I00-I99	I00-I99 Cirkulationsorganens sjukdomar
J00-J99	J00-J99 Andningsorganens sjukdomar
K00-K93	K00-K93 Matsmältningsorganens sjukdomar
L00-L99	L00-L99 Hudens och underhudens sjukdomar
M00-M99	M00-M99 Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven
N00-N99	N00-N99 Sjukdomar i urin- och könsorganen
O00-O99	O00-O99 Graviditet, förlossning och barnsängstid
P00-P96	P00-P96 Vissa perinatale tillstånd
Q00-Q99	Q00-Q99 Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser
R00-R99	R00-R99 Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras annorstädes
S00-T98	S00-T98 Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker
U00-U99	U00-U99 Koder för särskilda ändamål
Z00-Z99	Z00-Z99 Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården

Måttet ”antal patienter” definieras enligt Socialstyrelsen som följande:

”Vid beräkning av antal patienter har varje unikt personnummer räknats endast en gång per år, diagnosgrupp och per geografiskt område. Detta gör att till exempel summan av antal patienter per treställig diagnoskod inom ett diagnoskapitel överstiger antalet patienter inom kapitlet och att summan av antalet patienter per län överstiger antalet patienter i riket. Observera att måttet patienter endast undantagsvis kan adderas. Har patienten haft samma diagnos under ett år i både den slutna vården och i den specialiserade öppna vården räknas den ändå bara en gång per diagnosgrupp och geografiska område.”

Måttet ”antalet patienter per 100 000 invånare” definieras enligt Socialstyrelsen som följande:

”Antal patienter dividerat med antal invånare i respektive län multiplicerat med 100 000” (16).

Datakälla: Patientregistret – Socialstyrelsen

Nyckeltal 13 – Användning av psykofarmaka

Psykofarmaka är läkemedel som används vid behandlingen av psykiska sjukdomar. För denna rapport har fem läkemedelsgrupper inom ramen för psykofarmaka valts ut baserat på tillgängliga läkemedelsgrupperingar i Läkemedelsregistret. De aktuella grupperna är:

1. Adhd-läkemedel
2. Antidepressiva
3. Lugnande och ångestdämpande medel
4. Neuroleptika exkl. litium
5. Sömnmedel och lugnande medel

Data hämtas från Läkemedelsregistret som bland annat innehåller uppgifter om läkemedel som hämtats ut mot recept på apotek ur olika mått. Måttet ”antal patienter” definieras enligt Socialstyrelsen som följande:

”Med antal patienter avses antalet personer som minst en gång under året eller månaden hämtat ut ett läkemedel. Det är inte likställt med antal patienter som kontinuerligt använder läkemedlet. Det går oftast inte att summera antal patienter i olika ATC-koder eller läkemedelsgrupper eftersom samma person kan ha hämtat ut flera olika läkemedel under ett år eller en månad och därmed skulle dubbelräknas. Inom en läkemedelsgrupp räknas patienterna dock bara en gång (det vill säga, antal patienter som har hämtat ut något av läkemedlen som ingår i gruppen)”.

På samma sätt definieras ”patienter/1000 invånare” enligt nedan:

”Antal patienter, dividerat med den totala befolkningen i aktuell grupp (åldersgrupp, län etc.) och sedan multiplicerat med 1000. Används för att jämföra läkemedelsanvändningen mellan olika grupper eller år, för att ta hänsyn till skillnader i befolkningsstorleken. Befolkningen den 1 januari det aktuella året har använts i beräkningarna. På grund av hur befolkning och patientens ålder är definierade kan antalet patienter för vissa urval och åldersgrupper överstiga antalet i befolkningen” (18).

Datakälla: Läkemedelsregistret – Socialstyrelsen

Nyckeltal 14 – Antal pågående sjukfall kopplade till psykisk ohälsa

För att mäta förekomsten av sjukskrivningar i Sverige används måttet ”pågående sjukfall”. Enligt Försäkringskassan definieras ett sjukfall som en period av sammanhängande utbetalningar av sjukpenning, rehabiliteringspenning och arbetsskadesjukpenning där alla varianter av dessa ersättningar ingår. Antal pågående sjukfall visar hur många individer som hade ett pågående sjukfall per den sista dagen i den aktuella månaden. Pågående sjukfall visar den faktiska ersättningsperioden och denna kan därmed skilja sig åt från när utbetalningen faktiskt skedde då dessa kan ske i efterhand. Statistiken inkluderar enbart de sjukfall där utbetalningen av ersättning skett inom tre månader efter respektive månadsskifte.

En individ som har en anställning måste vara sjukskriven i minst 15 dagar för att komma med i denna statistik, då arbetsgivaren betalar ut sjuklönen fram till och med dag 14. Vid mätning av hur många som är sjukskrivna en given dag har personer med längre sjukskrivningar större sannolikhet att vara sjukskrivna just den mätpunkten, vilket innebär att de är överrepresenterade i statistiken för pågående sjukfall (81).

Datakälla: Försäkringskassans statistikdatabas

Nyckeltal 15 – Ängestsyndrom bland barn och vuxna

Ängestsyndrom definieras som de tillstånd som återfinns under ICD-koderna F40-F48 Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom.

För definition av ”antal patienter” respektive ”antal patienter/100 000 invånare”; se Nyckeltal 11.

Datakälla: Patientregistret – Socialstyrelsen

Nyckeltal 16 – Förstämningssyndrom bland barn och vuxna

Förstämningssyndrom definieras som de tillstånd som återfinns under ICD-koderna F30-F39 Förstämningssyndrom.

För definition av ”antal patienter” respektive ”antal patienter/100 000 invånare”; se Nyckeltal 11.

Datakälla: Patientregistret – Socialstyrelsen

Nyckeltal 17 – Missbruk och beroende bland vuxna

Missbruk och beroende definieras som de tillstånd som återfinns under ICD-koderna F10-F19 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser.

Med vuxna avses i detta fall personer som är 20 år och äldre.

För definition av ”antal patienter” respektive ”antal patienter/100 000 invånare”; se Nyckeltal 11.

Datakälla: Patientregistret – Socialstyrelsen

Nyckeltal 18 – Hyperaktivitets- och beteendestörningar

Hyperaktivitets- och beteendestörningar definieras som de tillstånd som återfinns under ICD-koderna F90-F98 Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid.

För definition av ”antal patienter” respektive ”antal patienter/100 000 invånare”; se Nyckeltal 11.

Datakälla: Patientregistret – Socialstyrelsen

Nyckeltal 19 – Självmordstankar bland personer över 16 år

Självmordstankar bland personer över 16 år definieras som den andel kvinnor och män i befolkningen 16–84 år som uppger att de under de senaste 12 månaderna allvarligt har övervägt att ta sitt liv.

För definition av inkomstgrupper; se Nyckeltal 1.

Datakälla: Nationella Folkhälsoenkäten – Folkhälsomyndigheten

Nyckeltal 20 – Registrerade självmordsförsök

För att mäta antalet självmordsförsök i Sverige används de i sjukvården registrerade skador som bedöms bero på en avsiktlig handling. I Patientregistret registreras dessa skador med ICD-koderna ”X60-X84 – Avsiktlig självdestruktiv handling”.

Utöver dessa försök finns även skadehändelser där avsikten inte har kunnat styrkas. För dessa fall används ICD-koderna ”Y10-Y34 – Skadehändelser med oklar avsikt”.

Datakälla: Patientregistret – Socialstyrelsen

Nyckeltal 21 – Fullbordade självmord

För att mäta antalet självmord i Sverige används de dödsfall som bedöms bero på en avsiktlig handling. I Dödsorsaksregistret registreras dessa med ICD-koderna ”X60-X84 – Avsiktlig självdestruktiv handling”.

Utöver dessa dödsfall finns även dödsfall där avsikten inte har kunnat styrkas. För dessa fall används ICD-koderna ”Y10-Y34 – Skadehändelser med oklar avsikt”.

Datakälla: Dödsorsaksregistret – Socialstyrelsen

Nyckeltal 22 – Andel som lever i relativ fattigdom

Ekonomisk standard är ett mått där den disponibla inkomsten från alla medlemmar i hushållet summeras, justeras utifrån hushållets storlek och sammansättning och fördelas lika mellan hushållets medlemmar. Måttet kan förekomma antingen som låg eller hög ekonomisk standard där låg ekonomisk standard innebär andelen personer som lever i hushåll vars ekonomiska standard är mindre än 60 procent av medianvärdet för riket. EU kallar samma mått för ”*at risk of poverty*” (i risk för fattigdom). Att ha låg ekonomisk standard är således nödvändigtvis inte detsamma som att vara fattig. Det här relativa inkomstmåttet, används dock ofta av olika aktörer både i Sverige och övriga EU för att beskriva andelen fattiga i befolkningen till exempel bland barn eller pensionärer (82). Låg ekonomisk standard kallas även i andra sammanhang för relativ fattigdom vilket även är det begrepp som används i denna rapport.

Datakälla: Statistiska Centralbyråns statistikdatabas

Nyckeltal 23 – Migration

Som mått på migration i Sverige och andelen migranter med flyktingbakgrund används i detta fall andelen beviljade uppehållstillstånd med koppling till asylskäl.

Migrationsverket definierar en asylsökande som en person som har ansökt om asyl (asylansökning), men som inte har fått ett slutgiltigt svar på sin ansökan (83).

Datakälla: Migrationsverkets Statistikverktyg

Nyckeltal 24 – Arbetslöshet

En person definieras som arbetslös om denna saknar ett arbete och aktivt söker efter ett jobb. Även personer som har fått ett jobb med start inom tre månader men som tidigare än så kan börja arbeta räknas som arbetslösa. Arbetslösheten mäts som en andel av arbetskraften, det vill säga andelen arbetslösa i procent av den tillgängliga arbetskraften (15–74-åringar som är sysselsatta eller arbetslösa) (84).

I Arbetsförmedlingens statistik definieras antalet arbetslösa som personer som direkt kan ta ett arbete och personer som deltar i någon form av arbetsmarknadspolitiskt program (85).

Datakälla: Statistiska Centralbyråns statistikdatabas

Nyckeltal 25 – Andel långtidssjukskrivna

Det saknas en vedertagen definition på begreppet ”långtidssjukskriven” och olika värden används i olika sammanhang. I denna rapport definieras en person som långtidssjukskriven om denne har varit sjukskrivna i mer än 60 dagar under en sammanhängande period. Detta i enlighet med rapporter från Försäkringskassan (86) (87).

Datakälla: Försäkringskassans statistikdatabas

Nyckeltal 26 – Andel som upplever en för hög arbetsbelastning

Hög arbetsbelastning definieras som den andel tillfrågade mellan 16 och 64 år som uppger att de i viss mån respektive i hög utsträckning har för stor arbetsbelastning eller alldeles för mycket att göra.

Datakälla: Arbetsmiljöundersökningen – Arbetsmiljöverket

Nyckeltal 27 – Behörighet till gymnasiet

Behörighet till gymnasiet definieras som den andel som är behöriga till ett yrkesförberedande program. För att ha denna behörighet krävs sedan hösten 2011 minst godkänt betyg i svenska, engelska, matematik samt ytterligare minst fem ämnen. För att även ha behörighet till ett högskoleförberedande program är kravet minst godkänt betyg i svenska, engelska, matematik samt ytterligare minst nio ämnen (88).

Datakälla: Ursprungligen Skolverket, bearbetat av Folkhälsomyndigheten (data hämtas från Folkhälsomyndighetens verktyg "Folkhälsodata")

Nyckeltal 28 – Ensamhet bland barn och personer över 16 år

För personer över 16 år definieras ensamhet som den andel av befolkningen (16 år och äldre) som har känt sig ensam hela tiden eller för det mesta under de senaste fyra veckorna.

För barn är motsvarande definition den andel pojkar/flickor i åldrarna 11, 13 respektive 15 år som uppger att de känner sig ensamma ofta eller alltid. Svartalternativen är enligt nedan och redovisas som andel svarande per svartalternativ:

- Alltid
- Oftast
- Ibland
- Sällan
- Aldrig

För att få andelen barn som uppger att de känner sig ensamma ofta eller alltid summeras andelarna för svartalternativen "Ofta" och "Alltid".

Datakälla: Statistiska Centralbyrån – ULF/SILC (vuxna), Skolbarns hälsovanor – Folkhälsomyndigheten (barn)

Nyckeltal 29 – Andel riskkonsumenter alkohol bland personer över 16 år

För att bedöma andelen kvinnor och män i befolkningen 16–84 år med riskkonsumtion av alkohol ställs tre frågor om alkoholvanor från det så kallade AUDIT-C-testet, och har per fråga fem svartalternativ som kan ge mellan 0 och 4 poäng (maxpoäng för testet är 12 poäng). Riskkonsumtion bedöms som 5 poäng för kvinnor och 6 poäng för män (79).

Datakälla: Nationella Folkhälsoenkäten – Folkhälsomyndigheten

Nyckeltal 30 – Narkotikaanvändning bland personer över 16 år

Narkotikaanvändning av cannabis respektive annan narkotika (amfetamin, kokain, heroin, ecstasy eller LSD) bland kvinnor och män i befolkningen 16–84 år definieras som den andel som uppgett att de har använt narkotika för mer än 12 månader sedan, under de senaste 12 månaderna eller under de senaste 30 dagarna.

Datakälla: Nationella Folkhälsoenkäten – Folkhälsomyndigheten

Nyckeltal 31 – Andel riskkonsumenter alkohol bland barn

Andelen riskkonsumenter av alkohol bland barn definieras som den andel pojkar och flickor i årskurs 9 som uppgett att de druckit minst 9 standardglas (flickor) eller 14 standardglas (pojkar) i veckan och/eller intensivkonsumerat månatligen.

Datakälla: Skolelevers drogvanor – Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Nyckeltal 32 – Narkotikaanvändning bland barn

Narkotikaanvändning bland barn definieras som den andel pojkar och flickor i årskurs 9 som uppgett att de använt narkotika.

Datakälla: Skolelevers drogvanor – Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Nyckeltal 33 – Antal samtal till Äldrelinjen (Mind)

Datakälla: Mind

Nyckeltal 34 – Antal samtal till Självordslinjen (Mind)

Datakälla: Mind

Nyckeltal 35 – Antal samtal till Föräldralinjen (Mind)

Datakälla: Mind

Mind är en ideell organisation som sedan 1931 har arbetat med psykisk hälsa genom kunskapsspridning, påverkansarbete och medmänskligt stöd. Mind driver bland annat Självmordslinjen, Äldrelinjen, Föräldralinjen och Mind Forum, ett modererat stödforum på nätet.



Telefon: 08-34 70 65 | info@mind.se | www.mind.se
Adress: Karlavägen 108, plan 5, 115 26 Stockholm

Lumell Associates har på uppdrag av Mind genomfört sammanställningen av data till Temperaturmätningen