

Mellan rubriker och verklighet

Vad forskningen visar om
unga kvinnors psykiska
hälsa och vad som saknas

Mi
ND

EN RAPPORT FRÅN MIND OCH FORSKARNÄTVERKEN
WOMHER OCH UPIC, UPPSALA UNIVERSITET

Innehåll

Förord	3
Rapportens slutsatser	5

Vad är psykisk hälsa och vad innebär psykisk ohälsa?	7
Hur kan psykisk hälsa mätas?	10
Debatten om unga kvinnors psykiska hälsa – vad skymmer bilden?	12
Hur mår unga kvinnor i Sverige? Vad vet vi och vad vet vi inte?	15
Unga kvinnors vårdsökande	16
Ångest	18
Nedstämdhet och depression	20
Psykiatriska tillstånd och behandling	22
Neuropsykiatriska tillstånd	25
Skol- och utbildningsrelaterad stress	27
Kroppsuppfattning, kroppspositivism och ätstörningar	29
Hormoners relation till psykisk hälsa	31
Livsstilens betydelse	33
Unga kvinnor och sociala medier	35
Psykisk ohälsa och psykisk sjukdom: sårbarhet, miljö och livsvillkor	37
Makt och normer i unga kvinnors psykiska hälsa	39
Utsatthet för sexuellt våld och våld i nära relationer	41
Ekonomi och arbetsmarknad	43

Reflektioner från Mind	45
Dialog med unga kvinnor	48
Rekommendationer	51

Referenser	53
------------------	----

Grafisk form Petra Handin/Poppi Design
Redaktör: Johanna Wester, Mind
Foto: iStock och Shutterstock
Utgivningsår: 2026



Förord

Alla barn och unga har rätt till god psykisk hälsa. Denna rättighet framgår av både Världshälsoorganisationens (WHO) riktlinjer och FN:s barnkonvention (artikel 24), som i Sverige dessutom är lag. Det innebär att samhället har ett ansvar att ge unga det stöd de behöver för att må bra, känna trygghet och kunna utvecklas.

Samtidigt har bilden av en pågående kris i unga kvinnors psykiska hälsa fått starkt fäste i samhällsdebatten. Nationella och internationella rapporter om ökande psykisk ohälsa såsom ångest, depression, självskadebeteende och stress har bidragit till en växande oro. Denna oro kan vara berättigad, men bilden är komplex och behöver nyanseras och förstås i ett bredare sammanhang. Att tolka statistiken som ett direkt tecken på ökad ohälsa kan vara missvisande då den bland annat också kan spegla att fler idag vågar prata om sitt mående och söka hjälp.

Både psykisk ohälsa och brist på psykiskt välbefinnande kan påverka självkänsla, relationer, skolgång och framtidstro – liksom tvärtom. Faktorer som i sin tur har betydelse för framtida möjligheter i arbetslivet och för hälsan på längre sikt. För att vidta rätt insatser behövs en bättre förståelse för hur unga kvinnor mår idag och hur deras psykiska hälsa kan främjas med utifrån rättigheter, behov och livsvillkor.

Att tolka statistiken som ett direkt tecken på ökad ohälsa kan vara missvisande.

Vårt syfte: att visa helhetsperspektivet

Syftet med den här rapporten är att öka förståelsen och visa ett helhetsperspektiv på unga kvinnors psykiska hälsa i Sverige, med fokus på åldersgruppen 15–29 år. Genom att kombinera statistik, forskning och ungas egna erfarenheter vill vi bidra till en bredare och tydligare bild och samtidigt lyfta fram att psykisk hälsa är en rättighet som måste tas på allvar.

Rapporten utgår från svenska förhållanden, med vissa internationella jämförelser. Vi tittar både på hur läget ser ut idag och hur det har förändrats över tid, utifrån tillgänglig forskning, folkhälsoundersökningar samt lärdomar från Minds stödlinjer. Eftersom unga kvinnor är en grupp som både lätt kan drabbas av marginalisering och alarmism är det angeläget att på ett evidensbaserat sätt – och i dialog med de unga själva – uppmärksamma unga kvinnors situation och hur samhället kan förhålla sig. Under de senaste årtiondena har flera rapporter visat på en ökning av självrapporterad psykisk ohälsa

bland unga, särskilt bland unga kvinnor. Enligt 2024 års nationella folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor uppger närmare en fjärdedel (24 procent) av unga kvinnor (16–29 år) att de har svåra besvär av ångslan, oro eller ångest.

Att just denna åldersgrupp, och särskilt unga kvinnor, är den grupp som oftast rapporterar svåra psykiska besvär, syns även i statistiken från Minds chattstöd, där kvinnor mellan 15 och 30 år utgör den största gruppen som söker hjälp. Depression och stressrelaterad ohälsa rapporteras oftare bland unga kvinnor än bland unga män, vilket även syns i både vårdstatistik och i uppgifter om sjukskrivningar. Skillnaderna kan delvis bero på att psykisk ohälsa uttrycks olika beroende på kön, men också på sociala normer, maktstrukturer och benägenhet att söka hjälp och att själv skatta sitt mående.

Åldern 15–29 år, perioden som rapporten fokuserar på, beskrivs ibland som *emerging adulthood* (framväxande vuxenliv). Det är en livsfas i övergången mellan ungdom och vuxenliv, präglad av etablering inom utbildning, arbetsliv, boende, identitet och relationer, där både individuella förutsättningar och samhällseliga strukturer har stor betydelse för psykisk hälsa och välbefinnande. För tjejer och kvinnor kan samhällets ojämställdhet och sexism eller objektifiering påverka vardagen i exempelvis skolan, på jobbet eller på fritiden. För unga kvinnor sker också betydande kroppsliga och hormonella förändringar under den här perioden, som kan påverka både fysiskt och psykiskt välbefinnande. Menstruation, preventivmedel, graviditet, tankar kring graviditet eller fertilitet är exempel på hormonellt kopplade aspekter som kan påverka måendet, men som sällan lyfts i bredare folkhälso-diskussioner.

Samtidigt ska livet inte medikaliseras, det vill säga behandlas som att det alltid fanns ett sjukdomstillstånd. Ibland står vi människor inför branta upp- eller nedgångar i tillvaron och det viktiga vi då kan göra är att hjälpa varandra hantera dem. Det vill säga få verktyg för att förstå våra egna och andras signaler och dra gränser för oss själva och andra, känna till våra

rättigheter, veta hur vi söker rätt stöd och så vidare. Där har samhället en grundläggande roll, inte minst skolan.

För att bättre förstå unga kvinnors psykiska hälsa krävs att vi gemensamt lyfter blicken och inte söker enkla svar på komplexa frågor. Unga kvinnors psykiska hälsa måste förstås utifrån hur individuella förutsättningar samspelar med kultur och samhällsstruktur. Förståelsen måste ta sin utgångspunkt i aktuell forskning och hur de unga själva upplever sin situation.

Frågeställningar och fokus

Mot ovan bakgrund tar rapporten upp följande frågor:

• Vad skymmer bilden?

Vad gör att vår förståelse av unga kvinnors psykiska hälsa riskerar att bli förenklad eller missvisande? Handlar det om hur statistiken tolkas, vilka mått som används, eller om samhällsdiskussioner som förstärker vissa narrativ?

• Hur mår unga kvinnor i Sverige?

Vad vet vi och vad vet vi inte?

• Vad behöver nu hända?

Vad krävs för att förstå och främja psykiskt välbefinnande och framtidstro hos unga kvinnor?

Vi vill inte bara beskriva hur psykisk ohälsa ser ut, utan också lyfta fram möjligheter att främja psykiskt välbefinnande. Rapporten visar hur olika sätt att definiera och mäta psykisk ohälsa påverkar vår förståelse, och varför det är viktigt att skilja på till exempel vårdkontakter, självskattningar, läkemedelsanvändning och sjukskrivningar, eftersom inget enskilt mått ger hela bilden.

De resultat vi presenterar bygger på forskning, men rapporten är inte en fullständig genomgång av all litteratur. I stället vill vi bidra till ett samtal om hur samhället kan ta större ansvar för att stärka psykisk hälsa, inte bara förebygga ohälsa, och hur vi kan skapa bättre förutsättningar för unga kvinnors välbefinnande och framtidstro. Vi vill särskilt tacka den referensgrupp bestående av unga mellan 16 och 29 som har gett oss god hjälp i arbetet med innehållet.

Om oss som avsändare

Rapporten är framtagen av Mind i samverkan med forskarnätverk vid Uppsala universitet: WOMHER – Uppsala universitets centrum för kvinnors psykiska hälsa – samt forskningsprogrammet UPIC – Ungas Psykiska Hälsa i Centrum (Emma Hovén och Pernilla Åsenlöf, uppdragsansvariga).



DEFINITIONER SOM ANVÄNDS

Flickor, tjejer och unga kvinnor

Begreppen flickor, tjejer och kvinnor används genomgående och syftar antingen på juridiskt kön eller det kön som personen själv identifierar sig med. Vilken definition som används beror på vilka typ av uppgifter och vilken källa som ligger till grund. Vissa uppgifter kommer från register, medan andra bygger på självskattningar i enkäter eller från intervjuer med unga.

Rapportens slutsatser

Den här rapporten visar att bilden av unga kvinnors psykiska hälsa är mer komplex än vad den ofta framställs som. Nedan sammanfattas de mest centrala slutsatserna och vad de innebär för hur vi som samhälle bör mäta, förstå och möta utvecklingen.

1. Hur mår unga kvinnor i Sverige idag? – En komplex bild bakom siffrorna

Det finns en ökning av självrapporterade psykiska besvär bland unga kvinnor, men vad siffrorna faktiskt representerar är inte självklart. Bristande och föränderliga mätmetoder i kombination med att olika individer studeras över tid bidrar till att statistiken ibland tolkas som om förekomsten av psykiatriska sjukdomar ökar, vilket inte alltid stämmer. Statistik om öknings i självrapporterade besvär, psykiatriska diagnoser och läkemedelsförskrivningar kan återspegla flera faktorer: minskat stigma och ändrade diagnoskriterier,

men också ett mer pressat samhällsklimat som påverkar unga idag.

Många unga kvinnor har i dag också mer av ett "vårdinfluert" språk och tillgång till ett mer öppet samtalsklimat än många tidigare generationer. Det som uppfattas som en försämring kan alltså delvis handla om förändringar i vardagligt språk – och att erfarenheter av press, orättvisa och utsatthet nu hörs bättre.

2. Siffror och slutsatser måste granskas kritiskt

Det är viktigt att granska vad som faktiskt mäts, hur siffror tolkas och vilka antaganden de bygger på. När språk, rapporteringsbenägenhet och diagnospraktiker förändras kan statistiken både över- och underskatta verkliga trender. Utan kritisk granskning riskerar debatten att skapa förenklade "sanningar" och, även av det här skälet, missa de grupper som verkligen behöver stöd.

3. Skillnad på dåliga erfarenheter och psykisk ohälsa

Normala och ibland rimliga reaktioner på vardagliga utmaningar och ojämlika livsvillkor riskerar ibland att tolkas som enbart medicinska problem. Det kan leda till att strukturella faktorer – såsom ojämställdhet, otrygghet, krav och samhällspress – missas, och att ansvar och lösningar flyttas från samhälle till individ.

4. Unga kvinnor är ingen homogen grupp

I samhällsdebatten framställs unga kvinnor ofta som en enhetlig grupp som "mår sämre än någonsin", men variationen inom gruppen är stor. En hel generation riskerar därmed att felaktigt tillskrivas psykisk ohälsa samtidigt som de mest utsatta riskerar att osynliggöras.

5. Vi saknar tillförlitliga data om centrala områden

Det finns få studier som med validerade och standardiserade instrument följer unga kvinnor över tid för att mäta ångest, nedstämdhet, skolstress och andra relevanta aspekter av psykisk ohälsa. Vi har också begränsad kunskap om hur de unga själva upplever och tolkar sina symtom, samt hur aktuella livsvillkor och levnadsvanor påverkar deras mående nu och framåt i livet.

6. Fokus måste flyttas från symtom till orsaker – lösningarna finns både i och utanför vården.

Psykisk ohälsa måste förstås i relation till livsvillkor, ojämlikhet och samhällsstrukturer. Stress, ojämlikhet, digital press, utsatthet för våld, skolpress, svårighet att komma ut i arbete, ekonomisk osäkerhet och ökade krav i vardagen är centrala riskfaktorer. När dessa strukturer döljs eller problemet ses som enbart individbaserat riskerar vi att behandla symtom utan att åtgärda orsakerna. På samma sätt måste vi lyfta skyddande faktorer mer än debatten gör idag.

7. Unga kvinnors röster behövs.

Det talas ofta om hur unga kvinnor mår snarare än att vi diskuterar med dem. När unga kvinnors röster saknas i samhällsdebatt, forskningssammanhang och inte bjuds in till att vara en del av utformning av insatser riskerar vi att misstolka vad som ligger bakom ökade uttryck för exempelvis oro, stress och nedstämdhet, och att utveckla insatser som inte möter deras faktiska behov.

Att ta unga kvinnors psykiska hälsa på allvar betyder både att erbjuda god vård och att förbättra livsvillkor och jämlikhet. Helt enkelt: att ta samhälleligt ansvar för de strukturer som skapar hälsa och ohälsa.

Tolkar vi allt som medicinska problem missar vi de strukturella faktorerna.

Vad är psykisk hälsa och vad innebär psykisk ohälsa?

Skribent: Emma Hovén, docent i medicinsk psykologi, forskare UPIC och föreståndare WOMHER; Lisa Ekselius, professor emerita i psykiatri och medgrundare till WOMHER

Begreppen psykisk hälsa och psykisk ohälsa används ofta till vardags, i forskning och samhällsdebatt, men betydelsen är inte alltid tydlig. Handlar det om psykiskt välbefinnande, psykiska besvär eller psykiatriska diagnoser? Otydligheter kan göra det svårt att tolka statistik och följa utvecklingen över tid, och riskerar att leda till missförstånd och felaktiga slutsatser.

Att begreppen används olika i forskning, media och av unga själva påverkar hur vi tolkar trender. Därför förklarar vi i denna rapport vad vi menar med psykisk hälsa, för att bidra till en mer nyanserad och rättvisande bild av unga kvinnors psykiska hälsa i Sverige.

WHO definierar psykisk hälsa som ett tillstånd av välbefinnande där individen kan förverkliga sina möjligheter, hantera livets påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till samhället. Det handlar alltså om mer än frånvaro av psykisk ohälsa – det omfattar både personens upplevelse och samspelet med omgivningen.

I denna rapport utgår vi från den modell som Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Sveriges kommuner och regioner (SKR) använder.¹ Psykisk hälsa ses som ett paraplybegrepp som rymmer både psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. De är inte motsatser. En person kan må bra trots diagnos, och tvärtom. Psykiskt välbefinnande handlar inte bara om att vara fri från sjukdom eller besvär. Det innebär också att kunna hantera såväl positiva som negativa känslor, känna sig nöjd med livet och ha fungerande relationer, vilket är viktiga förutsättningar för att utvecklas som person och klara av livets utmaningar.

Vad menas med psykisk ohälsa?

Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för tillstånd med olika svårighetsgrad och varaktighet. Hit hör både psykiska besvär, såsom oro och sömnproblem, och psykiatriska tillstånd, där besvären är så pass allvarliga att de uppfyller kriterier för en diagnos. Läs mer om detta i nästa avsnitt om diagnostikens roll. Gemensamt är att båda orsakar lidande, för personen själv och/eller för omgivningen.

Psykiska besvär är vanliga och kan drabba vem som helst under livet, ofta som reaktion på stressande eller kämpiga situationer. Även om dessa besvär inte uppfyller kriterier för diagnos kan symtomen förvärras över tid och utvecklas till psykisk sjukdom.

Psykiatriska tillstånd delas ofta in i två grupper:

- Psykiska sjukdomar och syndrom, till exempel depression, ångestsyndrom, bipolär sjukdom.
- Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, t.ex. adhd och autismspektrumsyndrom.

Ett centralt kännetecken för båda är att symtomen tydligt påverkar personens förmåga att fungera och försämrar livskvaliteten. Funktionsnedsättningen kan sträcka sig från lindrig: till exempel att man med viss ansträngning kan klara av att gå till arbetet och sköta sina vardagliga sysslor, till svår: där man inte orkar ta sig ur sängen eller på andra sätt inte kan ta hand om sig själv. För de allra flesta tillstånd finns även ett tidskriterium, det vill säga att symtomen måste ha pågått under en viss tid.

Diagnostikens roll vid psykisk ohälsa

Diagnostik kan vara en viktig förutsättning för rätt omhändertagande och behandling av en patient. Diagnostik av psykisk sjukdom baseras i första hand på vad patienten berättar och det som observeras i samband med undersökning och samtal. En viktig utgångspunkt är att betrakta psykiatrisk diagnostik som en kunskapsprocess där patientens delaktighet och tilltro är central. Därför gäller att skapa bästa förutsättningar för att patienten ska känna förtroende och ha en vilja att dela med sig av sina upplevelser. Information från närstående är dessutom ofta av stort värde.

Internationella diagnostiksystem

Diagnostiska klassifikationssystemen är standardiserade system för att beskriva, definiera och kategorisera olika diagnoser. I Sverige och stora delar av världen används två internationella diagnostiksystem för att ställa diagnoser.

- International Classification of Diseases and Related Health (ICD) – ett system som förvaltas av WHO. Den nuvarande versionen som används är ICD-10, publicerad 1992.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) – utvecklat av American Psychiatric Association (APA) den amerikanska psykiatriska yrkesföreningen. Den senaste versionen och nu använda versionen DSM-5-TR från 2022.

Syftet med sjukdomsklassifikationerna är att utgöra en pålitlig beskrivning av de olika sjukdomarna i klinik och forskning samt att möjliggöra WHO:s statistisk översikt över ohälsa och sjukdom i världen som är orsak till människors död eller kontakter med hälso- och sjukvården.

Ett viktigt hjälpmedel kan vara att komplettera det öppna samtalet med en diagnostisk intervju. Den är uppbyggd med frågor förankrade i ett diagnostiksystem, oftast DSM-systemet, och täcker diagnoskriterier för ett flertal diagnoser. Många gånger behöver samtalet med patienten kompletteras med provtagning och andra undersökningar för att utesluta att symtomen beror på någon kroppslig sjukdom.

Det är viktigt att poängtera att den slutliga diagnosen baseras på den kliniska bedömningen av all information som samlats in. Huvudprincipen att patienten efter detta informeras om diagnosen på ett lättillgängligt sätt med möjligheter att ställa frågor. Även om diagnoser och bedömningar av psykisk hälsa är en förutsättning för att kunna ge bästa möjliga vård och behandling är de flesta psykiatriska diagnoser inte att betrakta som objektiva fakta utan bygger på bästa tillgängliga kunskap.

Ansvar för att upptäcka psykisk ohälsa ligger inte enbart hos vården och vägen dit är ofta komplex. Skola, arbetsliv, familj och olika samhällsaktörer har alla en roll i att uppmärksamma signaler och erbjuda tidigt stöd. Trots det hamnar mycket av ansvaret för att förstå och navigera en diagnos ofta hos individen själv, även när det handlar om unga personer. Detta understryker behovet av tydlig och lättillgänglig information, stödjande strukturer och ett samhälle som gör det enklare att söka hjälp.

Samtidigt som diagnostik och kliniska bedömningar är avgörande för att kunna erbjuda rätt stöd och behandling, är det viktigt att förstå att psykisk ohälsa inte enbart uppstår inom individen. Psykiskt lidande formas också av livsvillkor och sociala sammanhang.

Det är därför viktigt att inte hantera konsekvenserna av ogynnsamma samhällsstrukturer som om de framför allt vore uttryck för en individs egen ohälsa. I dag ser vi många situationer där unga kvinnor ger uttryck för fullt begripliga reaktioner på fysisk och psykisk belastning kopplad till ojämlika villkor, såsom stress till följd av större ansvar för obetalt arbete, oro över orimliga ideal eller ångest i relationer som innebär otrygghet. När denna typ av utsatthet bemöts enbart med medicinsk behandling, utan utrymme för samtal, stöd eller bredare samhällsinsatser, riskerar viktiga orsaker att förbises.

Unga kvinnor ger uttryck för fullt begripliga reaktioner på fysisk och psykisk belastning.



Sammanfattning

Begreppen kan vara förvirrande

Psykisk hälsa och ohälsa används på olika sätt i vardag, forskning och media, vilket kan skapa missförstånd och göra det svårt att få en gemensam förståelse av statistik och trender.

Psykisk hälsa är mer än frånvaro av sjukdom

Den kan också handla om välbefinnande, relationer och förmågan att hantera livets utmaningar. En person kan må bra även med en diagnos – och dåligt utan.

Diagnoser är viktiga, men inte hela sanningen

Det kan vara bra med diagnoser för att ge så relevant vård och stöd som möjligt. Men god vård bygger också på samtal, individanpassning, observation, inflytande från personen själv och bästa tillgängliga kunskap.

Psykisk ohälsa är inte bara en angelägenhet för individen

Ibland är uttrycken för det dåliga måendet framför allt en konsekvens av ojämställda och ohälsosamma strukturer i samhället.

Hur kan psykisk hälsa mätas?

Skribent: Emma Hovén, docent i medicinsk psykologi, forskare UPIC, föreståndare WOMHER

Att mäta psykisk hälsa är komplext. Det finns ingen enskild metod som ger en fullständig bild av hur unga mår, utan vi måste använda flera olika källor, var och en med sina styrkor och begränsningar. För att förstå utvecklingen över tid och utforma relevanta och träffsäkra insatser krävs att vi håller isär begreppen och är medvetna om vad varje mått faktiskt visar.

Diagnoser är en viktig del av psykiatrisk vård och forskning. I Sverige kan vi följa hur vanliga psykiatriska diagnoser är genom information från register, till exempel patientregistret, som används för officiell statistik om specialistvården. Diagnoser kan också samlas in via enkäter, där personer själva uppger om de har fått en viss diagnos. Via uppgifter som finns i register kan utvecklingen av psykisk hälsa i befolkningen följas över tid. Men att enbart använda denna typ av källa för information om diagnoser ger inte en fullständig bild, kanske i synnerhet inte för gruppen unga. Uppgifter från register om andel med psykiatrisk diagnos bygger på att personen har haft kontakt med vården. Många som mår dåligt söker av olika anledning inte hjälp och syns därför inte i statistiken.

Förskrivning av läkemedel mot psykiska besvär, som antidepressiva, lugnande medel eller mediciner mot sömnproblem, används ibland som ett mått på psykisk ohälsa. Det kan visa hur många som får behandling, men säger inte alltid något om hur personen mår eller varför läkemedlet har skrivits ut. Användningen påverkas också av tillgång till vård och hur läkare väljer att behandla.

En annan källa är **vårdkonsumtion**, dvs. hur många som söker hjälp inom psykiatri eller till exempel elevhälsan. Det kan ge en bild av hur många som kontaktar vården, men inte hur många som faktiskt mår dåligt. Vårdkonsumtion påverkas av flera faktorer, som tillgång till vård, stigma kring psykisk ohälsa och om personen själv vill, vågar eller vet hur man söker stöd. Dessutom säger måttet inget om kvaliteten på den vård som ges. En kartläggning från Mind, som baseras på statistik från Patientregistret, visar att många människor med depression eller ångest får läkemedel och samtalsbehandling separat – eller ingen samtalsbehandling alls – utan samordning eller uppföljning, vilket kan påverka behandlingsresultaten och därmed hur vi tolkar vårdkonsumtion som indikator på psykisk hälsa.²

Självrapporterad psykisk hälsa handlar om att personer själva berättar hur de mår, antingen genom att fylla i frågeformulär eller genom att delta i intervjuer. Sådan information används ofta i forskning och folkhälsoundersökningar, som till exempel Folkhälsomyndighetens enkäter. För att resultaten ska vara tillförlitliga bör validerade skalor användas, det vill säga frågeformulär som är noggrant testade för att mäta just det begrepp man är intresserad av, till exempel ångest. Självrapporterad information ger viktig kunskap om individens upplevelse av sitt mående, men påverkas av hur frågorna ställs, hur de tolkas och om personen känner sig trygg att svara öppet.



Sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa används ofta som ett mått i arbetslivssammanhang, och kan ge en bild av hur allvarliga besvären är. För åldersgruppen 15–29 år är detta mått dock mer begränsat. Många i denna grupp studerar eller har otrygga anställningar, vilket gör att de inte alltid omfattas av sjukförsäkringssystemet på samma sätt som äldre vuxna. Det innebär att psykisk ohälsa i denna grupp inte alltid fångas upp i sjukskrivningsstatistiken. Information om sjukskrivning kan samlas in både via register, som bygger på Försäkringskassans statistik, och via enkäter, där personer själva uppger om de är/har varit sjukskrivna. Men precis som med andra mått påverkas siffrorna av faktorer som arbetsmarknadens krav, möjligheten att jobba hemma, tillgång till vård, och kunskap om rättigheter.

Det är tydligt att det finns flera sätt att mäta psykisk hälsa, från diagnoser och läkemedelsanvändning till självrapporterade upplevelser och sjukskrivning. Varje sätt ger en del av bilden, men inget enskilt sätt säger allt. I denna rapport vill vi vara tydliga med vad för typ av källa som används som grund för resultaten, särskilt när vi presenterar siffror om till exempel förekomst av ångest eller depression.

Mer än siffror – unga kvinnors egna röster behövs

Att mäta psykisk hälsa är inte som att mäta blodtryck eller kroppstemperatur. Det handlar om känslor, tankar och livsvillkor, sådant som inte alltid syns i siffror. Därför finns ingen enskild metod som ger hela bilden. För att förstå hur unga kvinnor mår behöver vi kombinera olika perspektiv: statistik, självskattningar och framför allt deras egna berättelser.

Många unga som mår dåligt söker aldrig hjälp – kanske på grund av stigma, bristande tillit till vården eller att de inte vet vart de ska vända sig. Därför behövs andra metoder – intervjuer, fokusgrupper och öppna frågor – som fångar nyanserna i ungas livsvärld. Hur känns det att leva med ångest i skolan? Vad betyder det att inte få rätt stöd i tid? Sådana berättelser hjälper oss att förstå varför siffrorna ser ut som de gör. Dessutom måste vi se psykisk hälsa i relation till livets olika skeenden. För unga kan övergångar som gymnasiet, första jobbet eller att flytta hemifrån vara avgörande. Stress, otrygghet och höga krav påverkar ens mående och det syns inte alltid i statistiken.

Genom att kombinera kvantitativa data med ungas egna röster kan vi skapa en mer nyanserad bild och utforma insatser som faktiskt fungerar i deras vardag.

Sammanfattning

En ensam metod räcker sällan

Psykisk hälsa kan mätas på flera sätt – via diagnoser, läkemedelsanvändning, vårdkontakter, självrapporterade upplevelser eller sjukskrivning – men alla har sina styrkor och begränsningar.

Olika mått fångar olika delar av verkligheten

Registerdata visar till exempel bara de som söker vård, läkemedelsstatistik berättar inte alltid hur någon mår och sjukskrivning är ofta ett begränsat mått för unga.

Helhetsbilden kräver flera perspektiv

För att förstå ungas psykiska hälsa behöver man kombinera olika källor och vara tydlig med vad siffrorna faktiskt mäter.



Debatten om unga kvinnors psykiska hälsa – vad skymmer bilden?

Frågan om unga kvinnors psykiska hälsa har under de senaste åren fått ett stort utrymme i medier, politik och offentlig debatt. Det har både för- och nackdelar.

Positivt är att en stor och ofta försummad grupp uppmärksammas. Men alltför ofta beskrivs läget i generaliserande och lätt alarmistiska ordalag; som en snabbt eskalerande kris där det framstår som att fler unga kvinnor mår allt sämre, utan att slutsatser som presenteras ifrågasätts eller att vare sig orsakerna eller lösningarna är särskilt tydliga.

Med denna rapport vill Mind bidra till en mer nyanserad och kunskapsbaserad förståelse av vad vi faktiskt ser – och riskerar att missa – när unga kvinnors psykiska hälsa diskuteras.

Vår utgångspunkt är enkel: för att förstå psykisk ohälsa räcker det inte att beskriva symtomen. Minst lika noggrant måste vi undersöka vad symtomen står för och vad som kan förklara dess uppkomst. Vi måste prata om både vad vi vet – och vad vi faktiskt inte säkert vet. Annars riskerar

vi att skapa myter, förskjuta ansvar och i värsta fall förvärra det lidande vi säger oss vilja minska, utan att ens riktigt ha förstått det – eller pratat direkt med de verkliga människor det angår.

En diskrepans mellan lägesbild och faktisk verklighet

I dagens offentliga samtal framställs unga kvinnor ofta som en relativt homogen grupp. Bilden som återkommer är att de mår dåligt, behöver vård alltmer och att detta sker nästan per automatik – som att vara ung och kvinna i sig skulle leda till psykisk ohälsa. Denna berättelse reproduceras inte bara i medier, utan även av myndigheter, politiker, debattörer och influencers.

Men denna förenklade lägesbeskrivning speglar inte fullt ut vare sig forskningen eller unga kvinnors egna berättelser. Den riskerar att osynliggöra både stora skillnader inom gruppen och de strukturella villkor som utifrån formar, och delvis påfrestar, unga kvinnors liv. Samtidigt

tenderar den att flytta fokus från samhälleliga orsaker till individuella tillkortakommanden. Många unga kvinnor mår bra, både i relation till sin omvärld och i sin egen hälsa. När unga vuxna får skatta sitt allmänna hälsotillstånd syns det bland 16–29-åringar heller ingen statistiskt säkerställd förändring enligt Folkhälsomyndigheten, de senaste två decennierna.

Det betyder inte att psykisk ohälsa hos unga kvinnor inte är verklig eller värd att tas på största allvar. Tvärtom. Men när beskrivningen blir ensidig och alltför högröstad förlorar vi möjligheten att förstå vad som faktiskt behöver förändras.

När livet och samhället blir medicinska problem

En central förklaring till den snedvridna rapporteringen är vad man kan beskriva som en långtgående *medikalisering* och *patologisering* – både av det vanliga livet och av problem som i grunden är strukturella. I ett samhälle där psykisk hälsa har blivit en av våra vanligaste tolkningsramar finns en risk att allt obehag, all oro och all sorg snabbt förstås som tecken på sjukdom, som något kliniskt och diagnostiserbart.

På vissa sätt har svenskarna det bättre än någonsin. Men många unga kvinnor lever också i en verklighet med risker för ojämlikhet, orimliga prestationskrav, kroppsideal, digital stress, sexuella trakasserier, våld och diskriminering. Många möter ett arbetsliv och en bostadsmarknad som är svår att ta sig in i, en skola som inte lyckas kompensera för skillnader i livsvillkor och ett

I ett samhälle där psykisk hälsa har blivit en av våra vanligaste tolkningsramar finns en risk att obehag snabbt förstås som tecken på sjukdom.

Medikalisering kan beskrivas som en process där aspekter av mänskligt beteende och vardagligt mående definieras som medicinska, vanligtvis. Erfarenheter som tidigare setts som sociala, kulturella eller naturliga livshändelser – såsom sorg, stress, trötthet, sömnsvårigheter, kroppsliga förändringar eller graviditet – tolkas i termer av symtom, sjukdomar och diagnoser. Det visar en förskjutning där fenomen som historiskt har förståtts som en del av mänskligt liv i allt högre grad beskrivs med medicinska termer och blir något som förväntas behandlas eller åtgärdas.

offentligt samtal där kvinnors erfarenheter ofta ifrågasätts eller förringas. Att reagera med oro, ängslan, nedstämdhet eller stress i ett sådant sammanhang är inte nödvändigtvis ett tecken på psykiatriska tillstånd – tvärtom kan det vara en fullt rimlig och sund reaktion.

När dessa reaktioner i nästa led förstås som individuella medicinska problem riskerar vi som samhälle att behandla symtom utan att förändra orsaker. Effekter av ojämställdhet, marginalisering och otrygghet görs till frågor för vården, snarare än för politiken och samhället i stort. Det här måste förändras.

Ett förändrat narrativ – och dess konsekvenser

Det är också viktigt att uppmärksamma att retoriken kring ungas psykiska hälsa har förändrats de senaste åren. Både inom gruppen unga människor och utanför den. I debatten om psykisk ohälsa kan det verka som att unga aldrig har mått så dåligt som nu, men som denna rapport visar är det inte fullt så enkelt att slå fast. Att tala om psykisk ohälsa i så pass alarmistiska termer som i dag är ett ganska nytt fenomen. Bland annat har stigmat kring att prata om psykiskt mående minskat, särskilt bland unga. De uttrycker fler känslor, använder fler psykologiska begrepp och är mer benägna att sätta ord på sådant som tidigare bars i tystnad.

Det här skapar en tolkningsutmaning vi måste prata mer om. Om unga kvinnor alltid har påverkats negativt av ojämlika livsvillkor, men nu har större utrymme och möjlighet att tala om det – är det en dramatisk försämring av det psykiska måendet vi ser, eller är det åtminstone delvis också ett ökat uttryck för sådant som länge har varit närvarande, men osynliggjort? Parallellt med att ungas sätt att prata om psykisk ohälsa har förändrats, i en riktning som gör att begrepp som "ångest" och "stress" kan behöva förstås på ett något annorlunda sätt idag?

Patologisering är när reaktioner på livets påfrestringar börjar betraktas som tecken på psykisk sjukdom. När vardagligt lidande tolkas som kliniska problem riskerar vi att missa betydelsen av livsvillkor, normer och strukturer. Detta kan leda till att fokus hamnar på individens symtom snarare än på de bakomliggande orsakerna, och vardagliga erfarenheter omvandlas till något som ska diagnostiseras eller behandlas.

Här finns också en paradox: samtidigt som vissa unga riskerar att underdiagnostiseras och inte få det stöd de behöver, finns en parallell risk för överdiagnostisering och överbehandling av andra unga. När allt fler erfarenheter tolkas i kliniska termer kan gränsen mellan lidande och sjukdom helt enkelt på flera sätt suddas ut, med konsekvenser för både individ och samhälle.

Att lyssna – på riktigt

Debatten om unga kvinnors psykiska hälsa präglas ofta av höga tonlägen och generaliseringar, men förvånansvärt sällan av en djupgående förankring i forskning eller i unga kvinnors egna röster. Alltför ofta talas det om unga kvinnor, snarare än med dem.

När unga kvinnor själva beskriver vad som känns fel kan det handla om brist på kontroll, brist på framtidstro, upplevelser av orättvisa och av att inte räcka till i ett samhälle med höga krav och låga marginaler för misslyckande. Om dessa berättelser översätts till individuella vårdbehov riskerar vi att förvanska det som faktiskt kommunieras. Medan vården delvis belastas i onödan.

Det är inte jobbigt att vara ung kvinna per automatik och det finns ingen medfödd utsatthet som skulle göra unga kvinnor dömda till att i allmänhet må sämre än andra. Men att växa upp i ett digitalt intensivt samhälle med ojämställdhet och ökande klyftor i både människors socioekonomi och mäns och kvinnors politiska åskådningar kan påverka såväl framtidstro som självförtroende hos många. Samhället har ett ansvar att ta emot unga kvinnors berättelser utan att reflexmässigt göra avsändarna till patienter.

Medias och debattörers ansvar

Tidningar, tv, radio, debattörer och influencers spelar en central roll i hur bilden av unga kvinnors psykiska hälsa formas. När rubriker slår fast att "unga kvinnor mår sämre än någonsin" utan tillräckliga nyanser bidrar det till en kollektiv

självbild där det förväntas vara svårt att vara ung. Detta kan i sig få konsekvenser för hur unga förstår sig själva och sina liv.

Alarmism riskerar till och med att skapa självuppfyllande profetior: om bilden av ungdomstiden är att den är outhärdlig, kan det bli svårare att se sina egna upplevelser som hanterbara eller så kan det kännas som att det är omöjligt att må bra. Minst lika allvarligt är att de unga som faktiskt befinner sig i allvarlig psykisk ohälsa riskerar att hamna i skymundan när allt beskrivs som krisartat för alla.

Att rikta ljuset rätt

Mind vill med denna rapport aktivt undvika att reproducera bilden av en hel generation unga kvinnor i kris, för att istället nyansera den. Vi vill synliggöra de väsentliga skillnader som finns inom den här mycket stora gruppen och peka på de utmaningar som många unga kvinnor möter – exempelvis de som lever i socioekonomisk utsatthet, utsätts för diskriminering utifrån bland annat kön, ålder och hudfärg, befinner sig mellan studier och arbete eller lever med psykiatriska problem som medför funktionsnedsättningar.

Problemet med unga kvinnors psykiska hälsa är samtidigt både mindre och större än den offentliga debatten ofta gör gällande. Mindre, därför att det troligen inte handlar om en generell och ofrånkomlig försämring. Större, därför att flera av orsakerna finns i samhällsstrukturer och därför inte i första hand ska behandlas med samtalsterapi, diagnoser eller läkemedel.

När unga kvinnor uttrycker oro, ångest och nedstämdhet måste vi våga ställa den svåra frågan: Vad är detta faktiskt ett symptom på? Och vad kräver det av oss som samhälle?

Att ta unga kvinnors psykiska hälsa på allvar innebär att lyssna, nyansera och rikta insatserna dit de gör verklig skillnad – i vården, men också i politiken, skolan och samhällsbygget i stort.

Hur mår unga kvinnor i Sverige? Vad vet vi och vad vet vi inte?

Rapporter om ökande psykisk ohälsa hos unga kvinnor väcker oro – men innan vi drar slutsatser, letar efter lösningar och fördelar resurser behöver vi stanna upp och fråga oss vad vi faktiskt vet. Statistiken som ofta lyfts i media visar fler diagnoser, ökad vårdkonsumtion och stigande sjukskrivningstal, men de här siffrorna ger bara en del av bilden. Hur mäter vi psykisk hälsa, ökning av psykisk ohälsa och vad riskerar att gå förlorat när vi tolkar siffrorna?

Frågor som dessa är särskilt viktiga i en tid präglad av ökande stress, ekonomisk osäkerhet, digitalisering och sociala medier, faktorer som formar ungas livsvillkor och som är kopplade till psykisk hälsa. För att förstå utvecklingen och utforma rätt insatser behöver vi en mer nyanserad bild av kunskapsläget.

I rapporten gör vi nedslag i några områden som kan ses särskilt angelägna för unga kvinnor: sociala medier, stress och skolstress, ångest, nedstämdhet samt kroppsuppfattning och ätstörningsproblematik – teman där unga kvinnor ofta är mer utsatta.

För att förstå hur unga kvinnor mår räcker det inte att titta på diagnoser, vård eller självrapporterade symtom. Dessa siffror säger något – men inte allt. Bakom statistiken finns ett komplext samspel av livsvillkor, samhällsstrukturer, normer, digitala miljöer och ökade krav i vardagen. I det följande avsnittet går vi därför djupare in i några av de centrala områden som särskilt påverkar unga kvinnor i dag.

Vi behöver stanna upp och fråga oss vad vi faktiskt vet.

Unga kvinnors vårdsökande

Skribent: Mikael Andersén, leg. psykolog, doktorand, UPIC-medlem

Även om forskningen visar att psykisk ohälsa hos unga är vanligt så verkar många ungdomar inte vilja söka hjälp i den vanliga vården.³ Detta är ett återkommande problem både för unga kvinnor och unga män. Studier visar att färre än en av tre ungdomar med tydliga symtom på psykisk ohälsa söker och får vård för detta, oavsett könstillhörighet.^{4,5} Problemet visar sig även i bland annat att mer än hälften av samtalen till BRIS stödlinje, enligt BRIS årsrapport för 2022, handlar just om psykisk ohälsa.⁶ Särskilt svårt att söka vård verkar minoritetsgrupper, så som HBTQIA+-ungdomar^{7,8} och invandrargrupper och etniska minoriteter ha.⁹

Som kontrast till detta finns även en uppfattning i bland annat media att unga snarare söker för mycket vård.^{10,11} Det är möjligt att det är så att vissa grupper söker för mycket vård, samtidigt som andra grupper söker för lite vård. Att unga tjejer skulle söka för mycket vård för psykiska ohälsa har däremot hittills inte visat sig i forskningen.

Att unga tjejer skulle söka för mycket vård för psykiska ohälsa har inte visat sig i forskningen.

En viktig fråga blir därför vad det är som gör att vissa ungdomar inte söker vård. Studier med stor andel unga kvinnor som deltagare pekar på flera olika orsaker. Flera nämner att stigma kring psykisk ohälsa hindrar hjälpsökande, likaså ett stort behov av sekretess gällande journal och vårdval, även gentemot vårdnadshavare.^{3,4} Det har även konstaterats att unga personer, oavsett kön, ofta uttrycker ett stort behov av en känsla av att kunna klara sig själva, vilket gör att de inte vill att andra ska lägga sig i om de söker vård eller

inte. Studier har även funnit att ungdomar har en bristande kunskap om hur man söker hjälp när man mår psykiskt dåligt, men också att man inte riktigt litat på sjukvården.^{3,5}

För att kunna erbjuda ungdomar vård på villkor som får dem att vilja söka hjälp har bland andra Världshälsoorganisationen (WHO) utvecklat riktlinjer för vad som gör vård "ungdomsvänlig".¹² WHO betonar att vård för unga ska vara lätt att nå, anpassad efter den ungas behov, vara effektiv, jämställd och relevant¹³, och deras riktlinjer kan användas inom alla sorters vård. Studier har visat att ungdomsmottagningar i Sverige ofta kan ses som ungdomsvänliga.¹⁴

I en intervjustudie vid ungdomsmottagningarna som gjordes mellan 2018 och 2023, där 16 av 21 deltagare var tjejer och unga kvinnor, uttryckte många ett stort behov av sekretess, att känna



sig trygga och att möta förstående personal som vågar fråga hur de mår för att de ska kunna söka vård för sin psykiska ohälsa.¹⁵ Många ungdomsmottagningar har idag kuratorer som unga kan prata med, men detta är inte garanterat på en ungdomsmottagning¹⁶, och psykologer finns också bara på vissa mottagningar. Större studier på hur ungdomsmottagningarnas patienter mår psykiskt saknas också helt.

I flera länder utvecklas nu också en annan liknande typ av mottagning, så kallade integrerade ungdomsmottagningar (*integrated youth services*) för psykisk ohälsa som är till för att möta ungas specifika behov gällande psykisk hälsa. Mottagningarna liknar ungdomsvänlig vård, men sätter större fokus på att all slags vård, från lättare till svårare ohälsa till stödgrupper och socialtjänst, för alla åldrar mellan 12–25 ska finnas på samma ställe.¹⁷ Integrerade

ungdomsmottagningar har börjat etablera sig i Skandinavien, och i exempelvis Danmark finns nu över 20 mottagningar för unga mellan 12–25 år.¹⁸

Både vad gäller ungdomsvänlig vård och integrerade ungdomsmottagningar så är tjejer och unga kvinnor bättre på att dra nytta av dessa vårdalternativ än killar och unga män. På svenska ungdomsmottagningar är tjejer och unga kvinnor en tydlig majoritet av patienterna.¹⁶ Även verksamheter i Australien¹⁹, Irland²⁰ och Nederländerna²¹ beskriver att nära två tredjedelar av besökarna är tjejer och unga kvinnor. En studie pågår just nu för att beskriva hur god effekt behandlingar vid dessa olika mottagningar ger på den psykiska hälsan.²² Om effekten skulle visa sig vara god kan det finnas god anledning att utöka eller utveckla mer liknande tjänster även i Sverige.

” Om vården inte ser att man behöver hjälp – hur ska man själv förstå det?

Kvinna i referensgruppen

Sammanfattning

Få unga söker hjälp

Trots att psykisk ohälsa hos unga är vanligt söker mindre än en tredjedel av unga som mår dåligt vård, ofta på grund av stigma, bristande kunskap och misstro mot vården.

Sekretess och bemötande är avgörande

Unga, särskilt tjejer, lyfter behovet av trygghet, diskretion och personal som vågar fråga hur de mår.

Ungdomsvänliga mottagningar lockar fler

WHO:s riktlinjer och integrerade ungdomsmottagningar gör vården mer tillgänglig – och det är unga kvinnor som använder dessa mest.



Ångest

Skrivent: Emma Ahlqvist Lindqvist, leg. fysioterapeut, doktorand UPIC

Vad är ångest?

Det finns ingen tydlig, gemensam definition av ångest, men forskare och personal inom vården tycks idag överens om att det rör sig om en känslomässig reaktion nära kopplad till rädsla.²³ Skillnaden förklaras ibland med att rädsla är en respons på omedelbart hot, medan ångest handlar om en förväntan på ett upplevt, framtida hot.²⁴ Inom psykologin betonas ofta att det inte är situationen i sig som skapar ångest, utan hur vi tolkar den.

Ångest kan upplevas som obehagliga känslor och kroppsliga symtom. Att känna ångest är en del av att vara människa och kan hjälpa oss att upptäcka och undvika fara. Blir ångesten överdriven, långvarig och påverkar vardagen negativt, kan det dock handla om ett ångestsyndrom.

Hur vanligt är det?

Eftersom diagnosticering av ångestsyndrom kräver att en läkare eller psykolog gör en bedömning, är det svårt och kostsamt att mäta hur vanligt det är på befolkningsnivå. Världshälsoorganisationen (WHO) rankar dock ångestsyndrom som den vanligaste gruppen av psykiatriska tillstånd och som en av de främsta orsakerna till funktionsnedsättning i världen.²⁵ Forskning tyder också på att ångestsyndrom är vanligast bland tonåringar och unga vuxna samt bland individer med låg utbildning och låg inkomst. Ångestsyndrom är dessutom klart mer förekommande

bland unga kvinnor jämfört med bland unga män.²³ Det finns olika hypoteser om att detta kan förklaras genom biologiska, sociala eller kulturella faktorer, men vad denna könsskillnad faktiskt beror på vet vi fortfarande för lite om. Forskning tyder dock på att ångestsyndrom inte bara är vanligare bland kvinnor, utan också skapar större funktionsnedsättning hos kvinnor än män.²⁶

Riskfaktorer för att utveckla ångestsyndrom inkluderar tidiga negativa livserfarenheter, så som trauma under barndomen, att tidigt separeras från närstående samt överbeskyddande föräldraskap. Därtill har ångestsyndrom en tydlig ärftlighet. Olika typer av kroppsliga sjukdomar verkar också bidra till risk att utveckla ångestsyndrom. Olika temperament och personlighetstyper, så som hög benägenhet att uppleva negativa känslor (neuroticism) samt att tolka ångestkänslor som skadliga, anses också vara vanliga riskfaktorer för att utveckla ångestsyndrom.²⁴

I Sverige saknas uppgifter kring hur många som har ångestsyndrom. Nationell statistik baseras ofta på enkätsvar, som i Sverige visar på höga nivåer av ångest, särskilt bland unga. Enligt statistikmyndighetens rapport *Undersökningar om levnadsförhållanden (ULF)* samt Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät *Hälsa på lika villkor (HLV)* har andelen 16–29-åringar som rapporterar besvär av ångest, oro och ångest ökat betydligt det senaste decenniet. Även andelen som rapporterar svåra besvär av samma

symtom har ökat. Ökningen gäller både män och kvinnor, men nivåerna är högre bland kvinnorna (se figur). Under de senaste två åren har vissa tecken på att ökningen kan ha avtagit observerats, även om det ännu är för tidigt att tala om en tydlig vändning.

Trots dessa rapporter är vår kunskap om ångestförekomsten i Sverige fortfarande kraftigt begränsad. Det saknas helt studier som regelbundet mäter ångest över tid med tillförlitliga frågeformulär. Både ULF och HLV bygger på enskilda frågor med få svarsalternativ, vilket gör det svårt att veta om svaren representerar normala ångestupplevelser eller mer allvarliga ångestsyndrom. Problemet förstärks av den varierande förståelsen och användningen av begreppet ångest idag. I intervjuer har ungdomar beskrivit hur de använder ordet ångest för att beskriva vardagliga erfarenheter, vilka inte nödvändigtvis representerar lidande eller psykisk ohälsa.²⁴ Detta försvårar tolkningen av enkätsvaren.

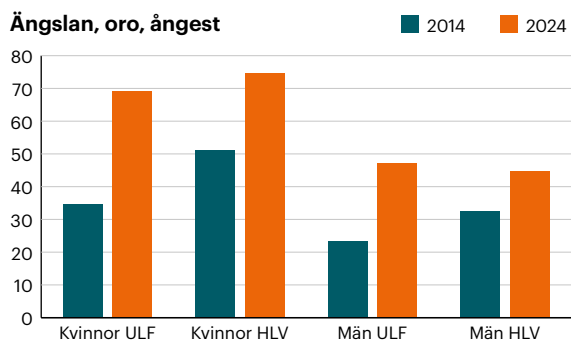
Vi riskerar att misslyckas identifiera de som verkligen behöver hjälp.

Osäkerheterna medför risker: dels riskerar vi att sjukdomsförklara vanliga, mänskliga känslor och bidra till en ökad oro. Dels riskerar vi att misslyckas med att identifiera de unga som verkligen behöver hjälp.

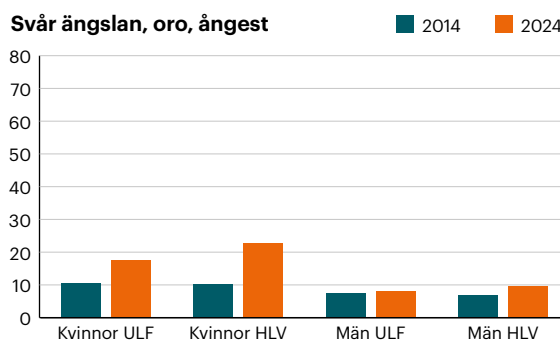
För att kunna identifiera behov av insatser för unga med ångest krävs en tydligare och bredare bild över hur vanligt ångest är och hur den kan upplevas på olika sätt. Därtill behöver vi förstå varför unga tjejer/kvinnor verkar besväras så pass mycket mer av ångest än pojkar/män. Det behövs bättre och mer pålitlig statistik, men också studier där ungas egna röster hörs för att bättre förstå om våra mätningar verkligen fångar deras upplevelser.

Andel 16-29-åringar i Sverige som rapporterat besvär av ångslan, oro eller ångest

Ångslan, oro, ångest



Svår ångslan, oro, ångest



Sammanfattning

Ångest kan vara både normal och problematisk

Den kan vara en naturlig reaktion på hot, men blir ett problem när den är långvarig, överdriven och stör vardagen.

Statistiken är bristfällig

Enkäter visar ökande ångest bland unga, särskilt kvinnor, men måtten är osäkra och fångar inte alltid skillnaden mellan vardagliga, naturliga känslor och ångestsyndrom.

Risk för både över- och underdiagnostik

Om begreppet används otydligt kan vi både råka sjukdomsförklara normala känslor och missa de som verkligen behöver stöd.

Nedstämdhet och depression

Skribent: Stephen Wilhelmson, leg. fysioterapeut, doktorand UPIC

Nedstämdhet används som ett samlingsord för låg sinnesstämning, och det beskrivs ofta som att känna sig nere, ledsen eller en känsla av hopplöshet.²⁴ Denna upplevelse kan förekomma både som en normal reaktion på livshändelser och som en del av psykiatriska tillstånd. I forskningssammanhang används ofta begrepp som "depressiva symtom", vilket innebär en samling av flera olika symtom, där nedstämdhet är ett av de vanligaste. Depression är en psykiatrisk diagnos som medför omfattande negativa följder för en individs psykiska hälsa och bör betraktas som ett separat fenomen från upplevelsen av nedstämdhet även om de är nära relaterade.

Depression är upp till dubbelt så vanligt hos kvinnor som hos män.²⁷ Anledningen till denna könsskillnad är inte helt fastställd, men trenden kan ses redan i tonåren och fortsätter in i vuxen ålder.

I en stor internationell undersökning, Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), rapporterar Världshälsoorganisationen (WHO) en generell ökning av självrapporterad nedstämdhet bland flickor mellan 11 och 15 år i många höginkomstländer, däribland Sverige.²⁸ I Sverige kallas undersökningen för Skolbarns hälsovanor och genomförs av Folkhälsomyndigheten.²⁹ I undersökningen får deltagare svara på hur ofta de upplever olika psykiska besvär, bland annat nedstämdhet. Bland flickor ses en tydligt ökande trend av självrapporterade känslor av nedstämdhet i åldrarna 11, 13, och 15 år. Den största ökningen rapporteras bland 15-åriga flickor. Vid den senaste mätningen, år 2021/2022, uppgav 54 procent av flickorna att de känt sig nere minst en gång i veckan jämfört med 41 procent år 2017/2018.

Barn-ULF, en nationell undersökning av barns levnadsförhållanden som genomförts sedan år 2001, visar liknande utveckling när det kommer till nedstämdhet.³⁰ År 2018/2019 uppgav 19 procent av flickor och unga kvinnor mellan 12 och 18 år att de ofta kände sig ledsna eller nere och i den senaste mätningen, år 2023, har siffran ökat till 41 procent. Datainsamlingsmetoden som används i denna undersökning har förändrats mellan dessa mätningar från att ha skett via telefonintervjuer 2018/2019 till att endast ske via webbenkät 2023³¹, vilket medför att jämförelser över tid blir mindre tillförlitliga.

Hälsa på lika villkor är en nationell folkhälsoenkät som Folkhälsomyndigheten har genomfört sedan år 2004. I denna mätning får deltagare bland annat besvara om de någon gång har fått



diagnosen depression av läkare. Utifrån den senaste mätningen har den självrapporterade depressionen bland unga kvinnor mellan 16 och 29 år ökat från 5,6 procent år 2021 till 6,5 procent år 2024.³²

Korta fakta

- Statistik från Läkemedelsregistret visar att förskrivningen av antidepressiva läkemedel ökar mest bland unga, enligt en rapport från Socialstyrelsen.³³
- Andelen unga kvinnor mellan 15–19 år som fått antidepressiva läkemedel utskrivet har ökat från 8,8 procent till 10,3 procent från 2021 till 2024.³⁴
- Den ökade förskrivningen av antidepressiva läkemedel är en indikation på att fler söker vård för nedstämdhet.

Trots att flera källor pekar på att depressiva symtom, som nedstämdhet, ökar bland unga kvinnor i Sverige är det svårt att dra säkra slutsatser om hur vanligt det faktiskt är och dess utveckling över tid. En del forskare menar att självrapporterade uppgifter som samlas in

via enkäter är svårtolkade. Intervjustudier har visat att självrapporterad nedstämdhet inte alltid behöver vara tecken på psykisk ohälsa bland unga, utan kan även tolkas som uttryck för vardagliga utmaningar.³⁵ Därtill är forskningen hittills otillräcklig när det gäller att förstå vad ökningen beror på.

Mer forskning behövs för att bättre förstå vad ökningen representerar och vilka konsekvenser den har på individ- och samhällsnivå. För att få mer tillförlitliga prevalenssiffror krävs bättre mätmetoder som använder sig av validerade instrument för att mäta depressiva symtom. Longitudinella data krävs för att följa utvecklingen över tid. Slutligen behövs också intervjustudier där unga kvinnor får beskriva sina upplevelser av depressiva symtom för att vi ska få en djupare förståelse för innebörden av nedstämdhet och depression på individnivå.

Det behövs intervjustudier där unga kvinnor får beskriva sina upplevelser.

Sammanfattning

Nedstämdhet kan vara både vardaglig och klinisk

Det kan handla om att känna sig ledsen eller känna hopplöshet i vardagen, men också vara en del av depression eller andra psykiatriska tillstånd.

Statistik visar en tydlig ökning

Allt fler flickor och unga kvinnor rapporterar nedstämdhet, och förskrivningen av antidepressiva läkemedel ökar i samma grupp.

Tolkningen är inte självklar

Skilnader i hur studierna har utförts mellan olika år – som i förändringar i insamlingsmetod – gör att tillförlitligheten i jämförelser minskar. Självrapporterad nedstämdhet kan dessutom spegla både normala känslor och psykisk ohälsa – därför behövs fler studier där unga själva får beskriva sina upplevelser.

Psykiatriska tillstånd och behandling

Skribent: Malin Gingnell, docent i psykologi och Lisa Ekselius, professor emerita och medgrundare till WOMHER

Även om lindriga psykiska besvär, ofta kopplade till symtom på oro, ångest eller depression, står för den största andelen av de senaste årtiondenas rapporter om ett allt sämre mående bland unga kvinnor, så finns det också personer som vårdas inom specialistpsykiatri och ibland inom den vårdform som kallas tvångsvård.

För unga kvinnor är de vanligaste diagnoserna som leder till kontakt med specialistpsykiatri i form av tvångsvård svår ätstörning, självskada eller suicidnära beteende, ofta i kombination med andra diagnoser som instabil emotionell personlighetssyndrom, autism eller ångest/depression. Bland de något äldre kvinnorna tillkommer också diagnoser kopplade till graviditet och förlossning som postpartum-psykos eller psykos av annan orsak.

Adhd-diagnoser har ökat påtagligt senaste decennierna och ökningen ser inte ut att mattas av. Bland flickor och unga kvinnor kan ökningen delvis bero på att de tidigare fått färre diagnoser, men eftersom antalet diagnoser ökar påtagligt även bland pojkar/män är det sannolikt inte hela orsaken.³⁶

Under pandemin ökade antalet fall av rapporterade självskador bland tonårstjejer.³⁷ Men sett över hela det senaste decenniet har andelen flickor/kvinnor som vårdats i slutenvård för självskador legat relativt konstant. Antalet vårdtillfällen som är kopplade till depression eller personlighetssyndrom har minskat, liksom antalet vårdtillfällen kopplade till självskada/suicidnära beteende. Men det som sticker ut är att mängden tvångsvård för ätstörning ökat kraftigt, särskilt i de lägre åldrarna.³⁸ Unga kvinnors självmord har inte heller minskat tydligt de senaste två decennierna. År 2024 uppgick de osäkra och säkert konstaterade självmorden i åldrarna 15 och 24 år till 36 kvinnor.

Ångestsjukdomar, depression och psykotiska tillstånd, liksom ätstörningar kan ibland debutera redan under barndomen, men de flesta som får en psykiatrisk diagnos och behandling är tonåringar eller vuxna. Bland yngre barn sker de flesta kontakterna med specialistpsykiatri för behandling av olika typer av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som adhd eller autism, även om depression, ångest och psykotiska symtom också förekommer. Under tonåren sker emellertid en tydlig ökning av personer med framför allt ångest och depression. Det är också under tonåren som de första tecknen på en utveckling av bipolär sjukdom eller psykosjukdomar som schizofreni ibland kan ses.

Vårdformer

Inom specialistpsykiatri sker de flesta besöken inom så kallad öppenvård, där patienterna kommer på besök för att få olika typer av utredningar, samtalskontakter eller behandlingar. En mindre del av vården sker också med patienten inne på sjukhus, i slutenvård.

Nästan all vård sker tillsammans med patienter som själva, eller ihop med sina vårdnadshavare, är med och bestämmer om sin behandling. En liten del av vården sker genom så kallad tvångsvård, där personen bedöms må så pass dåligt att det inte går att själv vara med och bestämma över behandlingen. Det handlar alltså om situationer där personen riskerar att fara illa utan hjälp, och där vården bedöms som nödvändig. Tvångsvård är en sällsynt och strikt reglerad vårdform som bara används när det verkligen behövs, och den styrs av svensk lag för att skydda individens rättigheter.

Oro, ångest och depression står för några av de vanligaste besvär som rapporteras öka hos unga kvinnor.

För behandling av ätstörningar dominerar olika typer av beteende-inriktade terapier och psykologiska behandlingar, medan övriga psykiatriska diagnoser ofta behandlas med en kombination av psykologisk behandling och läkemedel.³⁹ När det gäller till exempel adhd har läkemedelsförskrivningen ökat i takt med att allt fler får diagnosen. För flera av de läkemedel som främst används inom specialistpsykiatri, som stämningsstabiliserande läkemedel vid bipolär sjukdom, har det legat på ungefär samma nivå över tid, även om förskrivningen av läkemedel mot psykos verkar öka.³³ När det gäller läkemedel som förskrivs mot ångest eller depression, som antidepressiva läkemedel, har dock förskrivningen ökat tydligt, särskilt till personer 15–24 år.

Personlighetssyndrom i fokus

Vid sidan av de mer vanliga och ibland övergående besvären finns också diagnoser där varaktighet och funktionspåverkan står i centrum och där vägarna genom vården ofta är mer komplexa. Ett tydligt exempel är personlighetssyndrom, som är en psykiatrisk diagnos. Enkelt kan man beskriva ett personlighetssyndrom som ett tillstånd där mönstret av tankar, känslor och beteenden tydligt avviker från de förväntningar som finns i det omgivande samhället. Centralt för att diagnosen ska ställas är att tillståndet orsakar påtagligt lidande eller en funktionsnedsättning. I hälso- och sjukvårdens diagnossystem beskrivs ett tiotal olika typer av personlighetssyndrom baserat på vilka personlighetsdrag som är mest dominerande, t.ex. impulsiva, misstänksamma eller perfektionistiska drag. Förekomsten av personlighetssyndrom varierar mellan 5 och 10 procent i befolkningen men är betydligt vanligare bland personer i kontakt med vården. Personer med allvarliga personlighetssyndrom tillhör en av de mest utsatta och sårbara patientgrupperna inom hälso- och sjukvården.⁴⁰

Borderline eller emotionellt instabilt personlighetssyndrom (EIPS) kännetecknas av impulsivitet

och instabilitet i relationer, självbild och känslor. Många beskriver upplevelser av tomhet liksom impulser att skada sig. Samtidigt kan självmordsrisken vara förhöjd på grund av samtidig ångest och nedstämdhet. Till sjukvården kommer fler unga kvinnor än unga män med den här typen av problem trots att det i befolkningsundersökningar inte syns några stora könsskillnader. Besök till sjukvården sker ofta på jourtid när den nödlidande inte längre står ut vilket ställer stora krav på professionalitet och medkänsla hos personal. Personer med borderline eller EIPS har en påtaglig risk att dö i förtid på grund av självmord men även till följd av annan sjukdom. Under de senaste decennierna har behandlingsforskning ökat och idag finns flera olika typer av psykologisk behandling som kan hjälpa personer med borderline eller EIPS.

Ett annat personlighetssyndrom som ofta för en ung kvinna till sjukvården är det ängsliga personlighetssyndromet. Det kännetecknas av social ångest, en känsla av otillräcklighet och en stark rädsla för kritik eller avvisning. Personen undviker ofta sociala situationer för att skydda sig mot negativa omdömen, men lider samtidigt av en stark längtan efter nära relationer. Ofta förekommer annan psykisk ohälsa samtidigt, till exempel depression eller ångestsyndrom.

Personlighetssyndrom är fortfarande att betrakta som ett jungfruligt område där betydande forskningsinsatser behövs. Den diagnostik som vården idag tillämpar är under förändring och kommer förhoppningsvis bidra till en sådan utveckling. Alla personer som kommer till hälso- och sjukvården ska mötas med respekt och kunskap. Mötet med patienten ska bygga på tillit och delaktighet. Även om specifik behandling saknas för flera personlighetssyndrom finns grundläggande kunskap som innefattar psykologiska och psykopedagogiska insatser liksom social färdighetsträning.

” *Man ska inte behöva bli jättesjuk för att få hjälp.*

Kvinna i referensgruppen



Sammanfattning

Psykiatriska tillstånd debuterar ofta i tonåren

Ångest, depression, ätstörningar och psykosrelaterade sjukdomar blir vanligare under ungdomsåren, medan yngre barn i större utsträckning möter specialistpsykiatri för NPF-diagnoser som adhd och autism. Samtidigt möter BUP också många yngre barn med ångest och depression.

Vårdformer varierar, men tvångsvård ökar för ätstörningar

De flesta unga får öppenvård i frivillig form, men tvångsvård och ineliggande behandlingar används också. Bland flickor är svår form av/allvarlig ätstörning och självskadebeteende de vanligaste skälen till ineliggande vård, och tvångsvård kopplad till ätstörningar har ökat markant i de lägre åldrarna.

Behandling kombinerar terapi och läkemedel

Beteendeterapier dominerar vid ätstörningar, medan kombinationsbehandlingar är vanligast för andra diagnoser. Läkemedelsförskrivningen ökar för vissa typer av behandlingar, särskilt antidepressiva till unga mellan 15–24 år.

Neuropsykiatriska tillstånd

Skrivent: Matilda A Frick, leg. psykolog, forskare

Neuropsykiatriska tillstånd kallas också för utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar, eftersom de ofta märks redan i barndomen. De vanligaste och mest kända av de neuropsykiatriska tillstånden är adhd och autism. Adhd kännetecknas av svårigheter med uppmärksamhet och/eller överaktivitet och impulsivitet, på en nivå som gör vardagen svår att hantera.⁴¹ Det kan till exempel visa sig som svårigheter att klara av studier, relationer eller att på andra sätt hantera vardagen. Autism kännetecknas av svårigheter i samspelet med andra människor och av begränsade beteenden, intressen och aktiviteter.⁴¹

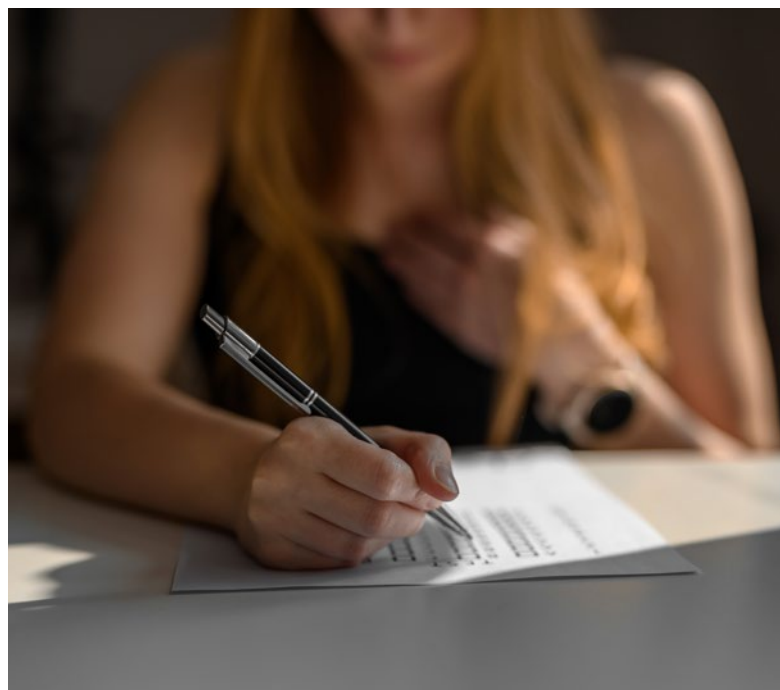
Hos unga kvinnor med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar finns ökad risk för ångest, nedstämdhet, samt ökad risk för missbruk.^{42, 43} Skyddande faktorer är rätt stöd i studier och arbete samt bra strategier för att hantera stress.⁴⁴

Både adhd och autism har länge varit vanligare hos pojkar än hos flickor, men detta håller på att förändras. Hos barn är diagnoserna fortfarande vanligare hos pojkar, men under tonåren jämnas detta ut. Hos unga vuxna i Sverige är adhd och autism nu nästan lika vanligt hos kvinnor som hos män.^{36, 43} Ofta är symtomen hos kvinnor mindre tydliga än hos män. Kvinnor beskrivs ofta som bättre på att anpassa sig eller dölja sina svårigheter^{45, 46}, vilket gör att de får diagnosen senare i livet. Flickor är på gruppnivå också mindre utagerande än pojkar, vilket kan

minska drivkraften hos skola och föräldrar att utreda flickor. Även andra symtom, som depression och ångest, kan göra att vården missar att ställa neuropsykiatriska diagnoser.^{43, 47}

Nivåerna av diagnosticerad adhd och autism i Sverige har ökat mycket^{43, 44} och ligger nu högre än den globala förekomsten, som är ca 5–7 procent.⁴² Varför diagnoserna ökat så mycket hos unga kvinnor beror sannolikt på en kombination av ökad kunskap om diagnoserna, minskat stigma och att samhället blivit mer komplext.^{36, 43} Ökningen kan också bero på medikalisering. Det vill säga, en tendens i samhället att tolka vanliga reaktioner och beteenden som psykiatriska symtom eller diagnoser.⁴⁴ Gränsen för vad som betraktas som en funktionsnedsättning uppstår

Hos unga vuxna i Sverige är adhd och autism nu nästan lika vanligt hos kvinnor som hos män.



i mötet mellan samhällets krav och individens egenskaper och förmågor. Här spelar både normer och politik en roll. Vad unga kvinnor förväntas klara av och deras egna förväntningar på vad som är ett "normalt" mående kommer att påverka vem och hur många som söker vård för att få en diagnos. När stöd och hjälp kopplas till specifika diagnoser leder det också till att diagnoserna ökar.⁴⁸

Adhd eller autism beror till stor del på ärftliga faktorer och uppstår vanligtvis av en kombination av flera genetiska och miljömässiga riskfak-

torer.⁴² Forskare har under de senaste decennierna undersökt om hjärnan fungerar annorlunda hos personer med neuropsykiatriska tillstånd. Det finns studier som visar på små skillnader i hjärnans struktur och funktion men skillnaderna är långt ifrån tydliga, eftersom variationen är stor både hos personer med och utan diagnos.⁴² Därför finns det inga objektiva test som säkert visar om någon har adhd eller autism, utan diagnoserna ställs utifrån den sammanlagda beskrivningen av beteenden (dvs. symtom) och hur personen fungerar i vardagen över tid.⁴²

” Det är som ett lotteri vilken vård man får.

Kvinna i referensgruppen

Sammanfattning

Neuropsykiatriska tillstånd påverkar vardagen på olika sätt

Adhd innebär ofta svårigheter med uppmärksamhet, impulsivitet eller överaktivitet, medan autism handlar om utmaningar i socialt samspel och begränsade beteenden. Flickor och unga kvinnor med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) löper högre risk för psykisk ohälsa och utsatthet, men rätt stöd kan fungera som skydd.

Diagnoser ställs utifrån beteenden, inte tester

Trots forskning om hjärnans struktur och funktion finns inga säkra medicinska tester. Bedömningar görs utifrån symtom och funktionsnivå över tid.

Förekomsten ökar, särskilt bland unga kvinnor

Diagnoserna blir allt vanligare och könsskillnaderna jämnas ut i tonåren. Ökningen beror troligen på både ökad kunskap, minskat stigma och samhällsförändringar. Men de kan också hänga ihop med en medikalisering som inte är av godo, där naturliga beteenden eller reaktioner hos en ung kvinna tolkas som symtom.



Skol- och utbildningsrelaterad stress

Skribent: Stina Hallsén, docent i pedagogik, forskare UPIC

Utbildning utgör en stor del av många ungas vardag och kan vara både en plats för lärande och gemenskap, men också en källa till stress och psykisk ohälsa. Studier visar att utbildningsrelaterad stress har ökat, särskilt bland unga kvinnor. I högstadiet och gymnasiet uppger mer än sex av tio tjejer att de känner sig stressade dagligen eller flera gånger i veckan^{49, 50}, och problemen följer många även efter gymnasiet. Bland studenter är förekomsten av stress och psykisk ohälsa betydligt högre än hos yrkesverksamma i samma ålder och vanligare hos kvinnor än hos män^{51, 52} och nära hälften av kvinnliga studenter upp till 25 år rapporterar att de upplever stress eller oro på grund av sina studier.⁵³

Att den utbildningsrelaterade stressen har ökat, och att den särskilt drabbar unga kvinnor, kan förklaras på flera sätt. En viktig del handlar om samhällets normer där unga kvinnor ofta förväntas prestera inom utbildning och i livet i stort. Utvärderingar och forskning visar att tonårsflickor skattar sin självkänsla och sitt psykiska välbefinnande lägre än jämnåriga pojkar och att de oftare kopplar sitt egenvärde i skola till betyg och

prestationer. Det gör dem mer sårbara för stress. För vissa handlar det om en ständig strävan efter att vara bäst och känslan av aldrig riktigt räcka till, för andra om att skolarbetet upplevs som för mycket eller som meningslöst.^{29, 54 55}

De här kraven förstärks också av hur skolan har förändrats. Under de senaste årtionena har flera reformer genomförts i skolsystemet. Förändrade betygssystem, skolpeng och fritt skolval har gjort skolan mer konkurrensutsatt och prestation, resultat och betyg har fått en allt större betydelse.^{56, 57} I den här utvecklingen, där skolan allt mer kommit att handla om mätbara resultat riskerar dess breda uppdrag att främja välmående, personlig utveckling och sociala relationer att hamna i skymundan.^{58, 59} Den ökade konkurrensen märks också i övergången till högre utbildning. Antagningssystemet och osäkra framtidsutsikter på arbetsmarknaden bidrar till att många unga kvinnor upplever en fortsatt press att prestera. I akademiska miljöer, där självständighet och självdisciplin förväntas, kan detta leda till att stressen förstärks snarare än minskar.

Stress och psykiska besvär inom utbildning kan skapa en ond cirkel där dåligt mående leder till sämre resultat, och låga resultat kan i sin tur förvärra måendet.⁶⁰ Samtidigt kan utbildning, särskilt när det gäller grund- och gymnasieskola, vara en stark skyddsfaktor. Trygga relationer, bra stöd och undervisning som stärker både lärande och välbefinnande kan bidra till att unga mår bättre. En positiv skolupplevelse är en viktig resurs här och nu och lägger också grunden för livslångt lärande och bättre livsmöjligheter.

För att elever ska må bra i skolan behöver både varje elevs individuella behov och de generella mönster som finns beaktas. Ett exempel på dessa mönster är att flickor i genomsnitt trivs sämre och upplever skolan mer negativt än pojkar.⁶¹ Samtidigt får vi inte glömma skolans breda uppdrag där dess hälsofrämjande roll är avgörande. Detta har länge betonats internationellt bland annat av WHO och UNESCO som på 1990-talet lanserade konceptet *Health Promoting Schools* och idag arbetar globalt med budskapet om att ett utbildningssystem inte är framgångsrikt om det inte främjar hälsa och välmående för elever, personal och samhället i stort.⁶² På

samma sätt visar forskning inom högre utbildning att lärosäten som aktivt arbetar med att skapa stödjande fysiska, sociala och akademiska miljöer kan främja studenters psykiska hälsa, även om det vetenskapliga underlaget ännu är begränsat.⁵¹

För att lyckas krävs ett helhetsperspektiv från politiska beslut till utbildningens vardag där välmående bör ses som en självklar del av både individers och systems framgång. Det hälsofrämjande perspektivet behöver genomsyra hela utbildningskedjan, från förskola till högre utbildning. Att satsa på utbildningsmiljöer där individer känner sig trygga, sedda och motive- rade är inte bara en hälsofråga – det är också en investering i framtidens lärande och samhälle.

I högstadiet och gymnasiet uppger mer än sex av tio tjejer att de känner sig stressade dagligen eller flera gånger i veckan.

Sammanfattning

Utbildningsrelaterad stress ökar, särskilt bland unga kvinnor

Mer än sex av tio tjejer på högstadiet och gymnasiet känner sig stressade flera gånger i veckan. Normer om prestation och kopplingen mellan betyg och självkänsla gör dem extra sårbara.

Skolans utveckling förstärker pressen

Reformer som betygssystem, skolpeng och fritt skolval har skapat en mer konkurrensutsatt miljö där prestation väger tyngre än skolans bredare uppdrag kring välmående och sociala relationer.

Skolan kan vara både risk och skydd

Negativa erfarenheter riskerar en ond cirkel av sämre mående och sämre resultat, men trygga relationer, stöd och hälsofrämjande arbetssätt kan stärka både välbefinnande och lärande.

Kroppsuppfattning, kroppspositivism och ätstörningar

Skribent: Hanna Spangenberg, specialläkare i psykiatri, forskare WOMHER

En negativ kroppsuppfattning innebär en skillnad mellan en persons känslor, åsikter och idéer om den egna kroppens faktiska utseende respektive vad man uppfattar vara den ideala kroppens utseende. Det är oklart hur en persons kroppsuppfattning formas, men grunden läggs troligen redan i barndomen^{63, 64}, och fortsätter påverkas under tonåren och i det unga vuxenlivet.

Under senare år har den kroppspositiva rörelsen uppstått, som syftar till att utmana orealistiska kroppsideal och arbeta för uppskattning av olika kroppar. Kroppspositivitet handlar om kärlek och respekt för den egna kroppen med fokus på positiva tankar, känslor och beteenden relaterat till denna. Vetenskapliga studier har undersökt effekten av att låta personer ta del av kroppspositivt innehåll i sociala medier, främst

riktat till unga vuxna. Från en studie som samlat tidigare forskning beskrivs att man genom att ta del av kroppspositivt innehåll som utmanar ideal om hur en kropp "bör" se ut kan förbättra egen kroppsbild och självkänsla. Forskarna menar att det behövs lagstiftning baserad på forskning för att reglera sociala mediers innehåll för ungdomar, i syfte att stärka psykisk hälsa. De lyfter bland annat kroppspositivismens möjliga skyddande effekt som ett argument.⁶⁵

Ätstörningar, såsom anorexia nervosa och bulimia nervosa är vanligare hos kvinnor än män men symtom på ätstörning missas oftare hos män och är också mindre studerat. Forskning talar för att förekomsten av ätstörningar har ökat under de senaste åren.⁶⁶ Ätstörningar är inte ovanliga tillstånd, mellan 2–5 procent av befolkningen



drabbas någon gång under livet. Ätstörningar börjar ofta i tonåren. Det är vanligt att man lever med andra psykiatriska diagnoser samtidigt som ätstörning, exempelvis depression och ångest-syndrom. Ätstörningar är förenade med många kroppsliga komplikationer i form av sjukdomar och skador och innebär svårt psykiskt lidande och funktionsnedsättning. Anorexia nervosa är även kopplad till ökad dödlighet, ungefär sex gånger högre än hos jämnåriga utan anorexia.⁶⁷

Det är fortfarande oklart varför och hur ätstörningar börjar och utvecklas. Sannolikt samverkar genetiska faktorer med miljöfaktorer. En känd riskfaktor är bantning. Att ändra matvanor, träna mycket och att ständigt jobba för själv-optimering, är centrala teman i många flöden på sociala medier. Liksom för många andra psykiska sjukdomar finns en sårbarhet. Den kan bidra till att en del människor kan få svårt att bryta en period av bantning och återgå till ett tillräckligt och regelbundet matintag istället utvecklar en ätstörning.

Tidig upptäckt och behandling av en ätstörning är avgörande för sjukdomens förlopp.^{68, 69} Alla som träffar ungdomar bör ha en grundläggande kunskap om ätstörningar, för att kunna upptäcka och bemöta att en ätstörning och vara uppmärksamma på signaler⁷⁰ om att en ätstörning kan föreligga.

Forskning talar för att förekomsten av ätstörningar har ökat under de senaste åren.

Fem frågor kan vara till hjälp för att avgöra om någon nära dig har en ätstörning:

1. Gör du så att du kräks för att du känner dig obehagligt mätt?
2. Oroar du dig för att du har förlorat kontrollen över hur mycket du äter?
3. Har du nyligen gått ner mer än 6 kg inom loppet av 3 månader?
4. Tycker du att du är fet även när andra säger att du är för smal?
5. Skulle du säga att mat dominerar ditt liv?

Om personen svarar "ja" på två eller fler av frågorna kan man uppmantra till vidare samtal och överväga behov av professionell bedömning och stöd.

► Läs mer under anhöriginformation hos atstorning.se

” Man får beröm för att man går ner i vikt, men ingen frågar hur man gjorde det.

Kvinna i referensgruppen

Sammanfattning

Kroppsuppfattning formas under livet och grundas sannolikt redan i barndomen

En negativ uppfattning av ens egen kropp innebär ofta en klyfta till det ideal som jämförs med. Kroppsuppfattningen utvecklas ofta redan i tidig ålder.

Det går att sätta upp motbilder

”Kroppsspositivism” kan vara skyddande. Sådant innehåll i exempelvis sociala medier utmanar snäva kroppsideal och kan stärka självkänslan.

Ätstörningar är allvarliga och inte ovanliga

Mellan 2–5 procent av alla personer drabbas under livet, oftast i tonåren. Särskilt anorexia är förenad med ökad dödlighet. Samsjuklighet med depression och ångest är vanligt. Tidig upptäckt och behandling av ätstörningen är betydelsefullt för det fortsatta förloppet.

Hormoners relation till psykisk hälsa

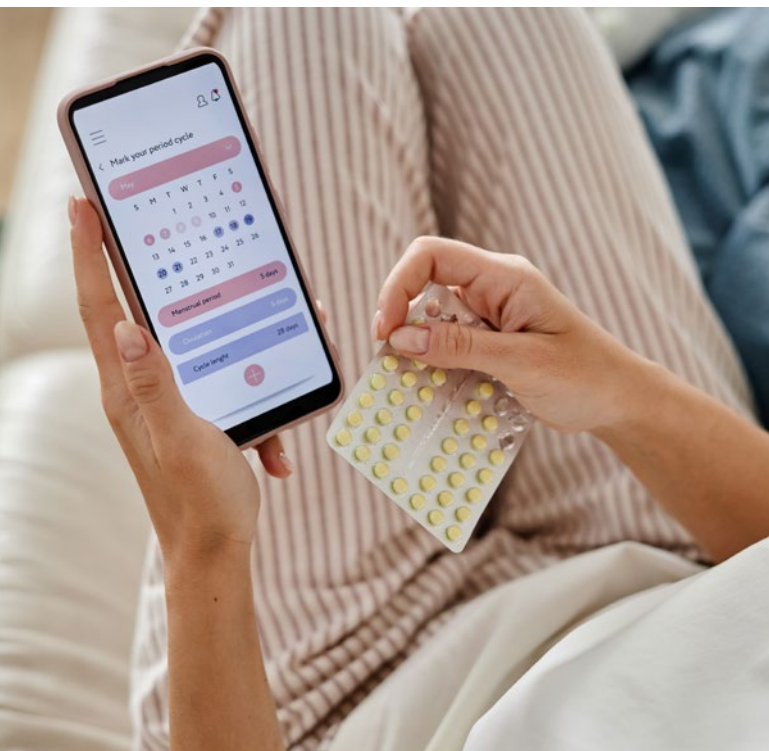
Skribent: Inger Sundström Poromaa, professor i obstetrik och gynekologi, medgrundare WOMHER

Många unga kvinnor påverkas, ibland till det sämre, av sina hormoner, antingen de egna hormonerna som produceras under menstruationscykeln eller de hormoner som tillförs via exempelvis preventivmedel. I korthet har kvinnor två olika könshormoner, östrogen och progesteron. I hjärnan har de en rad viktiga funktioner som har betydelse för sexualitet och reproduktion, och de påverkar också hur hjärnans signalämnen fungerar, hur nervceller samarbetar och hur formbar hjärnan är.^{71, 72}

Östrogen är oftast förknippat med positiva effekter på psykisk hälsa, medan progesteron kopplas till tillstånd som premenstruellt syndrom (PMS) och den svårare varianten premenstruellt

dysforiskt syndrom (PMDS). PMS och PMDS kan ses som ett kontinuum, det vill säga olika grader av samma typ av tillstånd. PMS är vanligare och lindrigare med lättare påverkan på humör inför menstruation, medan PMDS är ett återkommande depressionstillstånd som nyligen inkluderats i WHO:s internationella sjukdomsklassificering. Omkring 17–18 procent av menstruerande kvinnor har PMS. PMDS är mindre vanligt och ses hos mellan 1,5–3 procent av kvinnor i barnafödande ålder.⁷³ För många med PMDS startar symtomen omgående efter ägglossning och pågår i 2 veckor innan mensens slutligen kommer igång, för andra är symtomen minst lika besvärande men pågår under kortare tid. De vanligaste symtomen är nedstämdhet och irritabilitet och återkommande suicidtankar finns beskrivet.⁷⁴

Olyckligtvis är feldiagnostisering och underdiagnostisering vanligt förekommande, vilket gör att kvinnor med PMDS förblir obehandlade under långa perioder. Första linjens behandling mot PMDS är antidepressiva läkemedel, där det räcker att använda dessa bara under de värsta två veckorna varje menscykel. I andra hand, och särskilt vid samtidigt behov av preventivmedel, kan kombinerade p-piller prövas.⁷⁵ Här är det viktigt att uppmärksamma att det fortfarande saknas forskning på området, vilket delvis beror på en långvarig underprioritering av forskning som rör kvinnan och kvinnokroppen. Det finns flera diagnoser som påverkar hormoner och psykisk hälsa, exempelvis polycystiskt ovarie-



Det finns en långvarig underprioritering av forskning som rör kvinnan och kvinnokroppen.

syndrom (PCOS). Här behövs mer forskning för att förstå hur detta kan förklaras och upplevas av de unga kvinnor som är drabbade.

Nedstämdhet och depression till följd av kombinerade p-piller (som innehåller både östrogen och gestagen) finns beskrivet i studier ända sedan 1960-talet, då de först introducerades på marknaden. Längre förblev dock dessa biverkningar förbisedda. Först på senare år har mer välgjorda studier genomförts – så kallade placebo-kontrollerade studier, där man jämför effekten av p-piller med verkningslöst piller. Resultaten visar att kombinerade p-piller ger en liten, men statistiskt säkerställd ökning av irritabilitet, ångest och humörsvingningar.⁷⁶ De minskar också positiva psykiska symtom som till exempel välbefinnande.

Att skillnaderna mellan de som fått p-piller och de som fått placebo är så små i dessa studier beror på att kvinnor reagerar väldigt olika på preventivmedel; den stora majoriteten av användare mår oförändrat, några mår bättre och något fler mår sämre.^{72, 76} Samma sak gäller kvinnor med PMDS, vissa får god effekt av kombinerade p-piller under det att andra inte upplever någon skillnad, eller till och med försämras. Kvinnor som tidigare har haft ångest eller depression verkar vara mer känsliga för hormonella preventivmedel än kvinnor som inte haft besvär med psykisk ohälsa. Psykiska biverkningar försvinner om man slutar med preventivmedlet, och bara för att man reagerat negativt på en sort behöver det inte betyda att man inte kan må bra på en annan.

” ‘Så är det bara att vara tjej’ – att få det som respons från omgivningen när man mår dåligt gör en helt uppgiven.

Kvinna i referensgruppen

Sammanfattning

Hormoner påverkar hjärnan och måendet

Östrogen och progesteron spelar en central roll för hjärnans funktioner och påverkar därmed psykisk hälsa. Östrogen är oftast kopplat till positiva effekter, medan progesteron kan bidra till humörpåverkan.

PMS och PMDS – vanliga men ofta förbisedda tillstånd

Premenstruellt syndrom är vanligt och innebär mildare besvär inför mens, medan Premenstruell dysforisk störning är ett allvarigare, återkommande depressionstillstånd med tydlig påverkan på måendet. PMDS är ofta underdiagnostiserat trots att effektiv behandling finns, och mer forskning behövs även kring relaterade tillstånd som Polycystiskt ovarie-syndrom.

Individuella reaktioner på hormonella preventivmedel

Kombinerade p-piller kan ge en liten ökning av negativa psykiska symtom, men skillnaderna mellan individer är stora. De flesta påverkas inte, vissa mår bättre och andra sämre – särskilt kvinnor med tidigare psykisk ohälsa, där känsligheten kan vara högre.

Livsstilens betydelse

Skribent: Pernilla Åsenlöf, professor i fysioterapi, huvudansvarig UPIC

Forskning visar att livsstilen, det vill säga en individs engagemang i hälsorelaterade beteenden givet de val och förutsättningar livssituationen erbjuder^{77, 78} har samband med unga personers psykiska hälsa.⁷⁹ Hälsorelaterade beteenden grundläggs i unga år och kan få stor betydelse för hälsans utveckling under hela livet. Här nedan följer några korta nedslag om betydelsen av fysisk aktivitet, matvanor, sömn, stress och sociala relationer.

Fysisk aktivitet är särskilt intressant på grund av att det ger många goda effekter på både fysisk och psykisk hälsa. Det leder till ökat psykiskt välbefinnande och mindre psykiska besvär genom att exempelvis öka må-bra-hormoner som serotonin och endorfiner och minska kortisol.⁸⁰

Fysisk aktivitet kan även medföra en mer positiv syn på kroppen och den egna fysiska förmågan samt bidra till bättre sömn och positiva sociala relationer. Vilken typ av fysisk aktivitet individen ägnar sig åt tycks vara av mindre betydelse.

Målet är att uppfylla WHO:s rekommendationer vad gäller tid och intensitet i aktiviteten. För personer över 18 år är rekommendationen att ägna sig åt 150–300 minuters pulshöjande träning på en måttlig eller intensiv nivå i veckan, i kombination med styrketräning av kroppens stora muskelgrupper vid 2–3 tillfällen per vecka.⁸¹ (Det kan förstås ske samtidigt.) Dessutom bör stillasittande begränsas så mycket som möjligt, särskilt under fritiden. För de som är under 18 år rekommenderas minst 60 minuters pulshöjande aktivitet om dagen, vilket bör kombineras med mer intensiv aktivitet och muskel- och skelettstärkande träning vid 3 tillfällen/vecka.⁸¹ Stillasittande på fritiden, särskilt skärmtid, bör begränsas så mycket som möjligt. I Sverige minskar den fysiska aktivitetsnivån bland barn

och unga ju äldre de blir. Likaså ökar stillasittandet, där flickor är mindre fysiskt aktiva och mer stillasittande än pojkar.³²

Hur vi äter hänger också ihop psykisk hälsa. En balanserad, näringsriktig kost är relaterad till god psykisk hälsa och kognitiv funktion.⁸² En kost med högt intag av frukt och grönsaker tycks skydda från nedstämdhet och depression, medan sötade drycker, snabbmat och småätande är relaterade till oro, nedstämdhet och stress.⁸³ Viktigt att notera är att det psykiska måendet i sig kan påverka relationen till mat, ätbeteende och aptit.

Unga kvinnor som sover dåligt – det vill säga de som har kortvarig, oregelbunden sömn och rapporterar att de inte känner sig utsövda och återhämtade – har också problem med nedstämdhet, depression, ångest och känslomässig stress.^{84, 85} Sömnproblem kan också föregå och i viss mån förutsäga insjuknande i depression och andra psykiatriska tillstånd.⁸⁶

Stress, särskilt skolstress, är en betydelsefull risk för psykisk ohälsa, vilket tidigare har belysts i denna rapport. Kombinationen av skolstress, framtidsoro och ständig uppkoppling mot sociala medier kan bidra till att många unga kvinnor känner sig pressade under stora delar av det vakna dygnet. Om återhämtningen är otillräcklig ökar risken för ångest, nedstämdhet och en känsla av att inte orka med livets utmaningar. Här kan livsstilen spela en avgörande roll där regelbunden fysisk aktivitet, god sömn och tid för återhämtning kan skydda från psykiska besvär.

Det sociala livet som en del av livsstilen är också viktiga för den psykiska hälsan. Här avses exempelvis relationer med familj, vänner och andra stödjande nätverk. Unga kvinnor som känner stöd från familj, vänner eller en partner har ett skydd mot depression, känslor av ensamhet

och stress och mår generellt bättre.⁸⁷ En aktuell studie visar att de som upplevde ensamhet vid 18 års ålder i högre grad än andra diagnostiserades med depression och ångest vid 19–20 års ålder.⁸⁸ En väsentlig del av det sociala livet sker på sociala medieplattformar, vilket kan bidra till en negativ självbild genom ständig jämförelse i kombination med en snedvriden verklighetsuppfattning skapad av algoritmer. Mer om detta i avsnittet Unga kvinnor och sociala medier.

Vad unga kvinnor ägnar sin fritid åt framhålls ofta som viktigt för det psykiska välbefinnandet⁸⁹, även om forskningen inom området hittills är begränsad. En aktiv och meningsfull fritid kan erbjuda en välbehövlig paus från skola och jobb samt medföra ett angeläget avbrott från uppkoppling mot sociala medier. Fritiden kan också vara en tid och plats där stressen minskar, självkänslan stärks och hälsosamma vanor etableras.

Att delta och engagera sig i aktiviteter som känns meningsfulla kan stärka känslan av sammanhang och identitet. Forskning visar att fritidsaktiviteter som är aktiva, organiserade och sociala ger högre livstillfredsställelse och färre symtom på nedstämdhet och ångest.⁹⁰

De aktiviteter som är roliga, socialt sammankopplade, fysiskt aktiva och kreativa skyddar alltså mot psykisk ohälsa, medan det motsatta gäller för de som upplevs som tråkiga, icke-engagerande och förknippade med hög grad av skärmanvändning. När unga kvinnor får möjlighet att själva bestämma över sin tid samt välja aktiviteter som känns roliga och givande, ökar känslan av kontroll och autonomi, vilka båda är viktiga för den psykiska hälsan. Dessutom kan fritiden fungera som ett skydd vid svåra händelser i livet, genom att ge tillgång till vänner, stödjande vuxna och positiva upplevelser.

Här nedan följer några exempel på fritidsaktiviteter som antas vara positiva för det psykiska välbefinnandet hos unga kvinnor. Mer forskning krävs dock för att förstå hur och för vem detta gäller samt om någon typ av aktivitet är mer gynnsam än de andra:

- Fysisk träning, till exempel styrketräning, gruppträning eller lagidrotter, som bryter stillasittande över läxor eller arbete och ger mindre utrymme för passivt scrollande.
- Kreativa aktiviteter som att måla, sjunga, skriva, dansa, spela ett instrument.
- Volontärarbete som ger mening och känsla av att kunna bidra till samhället och påverka sin omvärld.
- Träffar unga kvinnor emellan som skapar trygghet, tillhörighet och minskar risken för ensamhet.
- Naturupplevelser som bidrar till återhämtning genom kontakt med naturen, samtidigt som man rör på sig.

Forskningen om betydelsen av en meningsfull fritid är ännu mycket begränsad och utgår främst från antaganden om samband och studier av aktiviteter utan att tydligt definiera dem som just fritidsaktiviteter. Därför går det inte att tydligt säga vilken tid, plats och typ av aktivitet som främjar psykisk hälsa hos unga kvinnor. Att vara fysiskt aktiv, socialt engagerad och kreativ tycks vara skyddande, men fler studier behövs där dessa aktiviteter jämförs med andra och i relation till vad den unga kvinnan själv uppfattar som meningsfull fritid.

Sammanfattning

Livsstilen har betydelse för både psykisk och fysisk hälsa

Hälsorelaterade beteenden grundläggs i unga år och kan få stor betydelse för hälsan genom livet. Fysisk aktivitet, matvanor, sömn, stress och sociala relationer tycks vara särskilt viktiga för att minska psykiska besvär och främja psykiskt välbefinnande.

En aktiv och meningsfull fritid kan ha en kompenserande roll

Fysisk aktivitet, kreativitet, tid för återhämtning och goda sociala nätverk kan stärka självkänsla, fysisk förmåga och psykiskt välbefinnande.



Unga kvinnor och sociala medier

Skribent: Lina Eklund, docent i människa-dator interaktion, forskare UPIC

Sociala medier är svåra att definiera. Dels för att appar och hemsidor hela tiden förändras och får nya funktioner. Samtidigt använder vi dem på nya sätt när trender och samhällsförändringar skapar andra behov. Till exempel använde många sociala medier annorlunda under pandemin än innan.

Internetstiftelsen definierar sociala medier så här: "...webbplatser och appar där innehåll skapas av användarna och där användarna på olika sätt kan interagera med varandra".⁹¹ Några vanliga plattformar idag är TikTok, Youtube, Facebook, Snapchat och Instagram.

I Sverige ägnar 15–24 åringar drygt två timmar per dag åt sociala medier⁹² och framförallt unga kvinnor är högkonsumenter⁹³, i gruppen 15–24 år är det 99 procent som använder sociala medier varje dag.⁹² Mycket användning ger njutning och glädje åt användarna, och sociala medier

kan vara både en plats för social kontakt och stöd i svåra och lätta stunder i livet. Samtidigt är många kritiska mot både hur mycket tid som används till sociala medier samt innehållet och att fritid görs till en marknad.

Forskningen visar att hög digital medieanvändning kan hänga ihop med sämre mående, och detta gäller särskilt unga kvinnor.⁹⁴ Den mesta forskningen rör unga kvinnor upp till 18 år. Negativ påverkan på måendet kan komma från innehållet, från möten med andra, från hur varför man använder sociala medier, från skadligt innehåll samt från plattformarnas design som uppmuntrar till hög användning eftersom det ger mer pengar till företagen.⁹⁵

Hur man använder sociala medier spelar oftast mer roll än hur länge. Generellt skyddar fysisk aktivitet och balanserad användning mot depressiva symtom.⁹⁴ Riskfaktorer är: hög och beroendeliknande användning, att sova för lite, vara stressad och inte röra på sig.⁹⁴ För mycket användning kan även ge negativa följder genom

att tränga undan sådant som är bra för måendet som att träffa vänner eller ta en promenad.

Unga kvinnor har länge varit huvudmålgrupp för mycket reklam i media. Genom att uppmuntra olika ideal och skönhetsnormer uppmuntras unga kvinnor att köpa olika produkter och lägga ner tid och energi på ständig självförbättring.⁹⁶ Forskning visar att dessa skönhetsideal i media-användning är kopplat till missnöje med den egna kroppen och utseendet. Unga som ofta möter olika skönhetsideal i sociala medier visar också oftare tecken på ätstörningar.⁹⁴ Det finns de som menar att sociala medier skapar hets kring hur man ska leva: resor, städade hem, kändisskap, med mera. Att ständigt utsättas för ideal om hur bra andra har det kan leda till orimliga förväntningar på det egna livet och missnöje. Explosionen av AI-genererat material visar idag kan i framtiden förstärka denna trend.

Det är dock svårt att säga exakt vilken roll sociala medier spelar i unga kvinnors mående. Dels använder i stort sett alla sociala medier, vilket gör att det är svårt att veta vad som beror på vad. Det är troligt att det finns risker med sociala medier, men även så att de som redan är utsatta, till exempel har det svårt hemma, i skolan eller på jobbet, eller har dålig ekonomi eller nedsatt hälsa och mående använder sociala medier mer än andra. Sociala medier kan alltså för olika människor i olika delar av livet vara både ett skydd mot dåligt mående och en risk för den psykiska hälsan.

Unga kvinnor har länge varit huvudmålgrupp för mycket reklam i media.

Sammanfattning

Sociala medier är en central del av ungas liv

Nästan alla unga använder dem dagligen, särskilt kvinnor 15–24 år. Sociala medier kan ge gemenskap, stöd och glädje, men väcker också oro kring tidsåtgång, kommersialisering av fritiden och risk för skadliga intryck.

Samband med psykisk ohälsa

Plattformer och reklam riktar sig ofta till unga kvinnor med ideal som kan leda till missnöje med både sig själv och tillvaron. Hög och problematisk användning, särskilt bland unga kvinnor, kan kopplas till sämre mående, sömnproblem, stress och ätstörningssymtom.

Skyddsfaktorer

Sättet man använder sociala medier på är viktigare än exakt hur länge man gör det. Skyddsfaktorer är fysisk aktivitet, sociala sammanhang och balanserad användning.

Psykisk ohälsa och psykisk sjukdom: sårbarhet, miljö och livsvillkor

Skribent: Hanna Ljungvall, legitimerad hälso- och sjukvårdskurator, forskare UPIC och Lisa Ekselius, Professor Emerita i psykiatri och medgrundare WOMHER

För att förstå psykisk ohälsa behöver vi betrakta både den enskilda biologiska människan, samhälleliga faktorer och hur samhället är uppbyggt. Psykiatriska diagnoser formas i samspel mellan människor, vården och samhällets regler och förväntningar. Vad som betraktas som "friskt" eller "sjukt" bestäms alltså i gemensamma överenskommelser i samhället och påverkas av vården, psykiatri och politiken. Detta samspel är också grunden för möjligheten till återhämtning och förändring, genom till exempel läkemedel, terapi, sociala insatser eller aktivism.

Vilka normer som finns i samhället påverkar hur vi förstår psykisk ohälsa.

Hur samhället är organiserat och vilka normer som finns påverkar också hur vi ser på och förstår psykisk ohälsa. I forskning lyfts ofta att dagens samhälle är mer osäkert med strukturer som påverkar förekomsten av psykisk ohälsa i västvärlden. Idag betonas ofta att personen själv bär ansvar för sina framgångar, misslyckanden, lycka och lidande. Det gör att problem som uppstår i till exempel skolsituationer eller på arbetet förklaras som personella brister, som psykisk ohälsa eller psykiatriska diagnoser, istället för problem i miljön runt omkring.

Vårt samhälle präglas av oändliga val, flexibilitet och krav på prestation, vilket kan skapa känslor av osäkerhet och otillräcklighet. Även maktstrukturer, ofta outtalade, och upplevt utanförskap påverkar psykisk hälsa. Det här

beskrivs ofta som en delförklaring till att kvinnor rapporterar mer psykisk ohälsa än män och att personer som identifierar sig som minoritetsgrupper i samhället rapporterar högre grad av psykisk ohälsa än majoritetsgrupper.^{97, 98, 99}

Dessa olika förklaringsmodeller är del av en ständigt pågående diskussion om huruvida psykisk ohälsa är "verklig" eller socialt konstruerad, det vill säga något som formats av samhället. Ett exempel är att vanliga svårigheter och negativa känslor som hör livet till ibland beskrivs som psykisk ohälsa istället för att ses som normala reaktioner. Gränserna mellan hälsa och ohälsa beror på vem som har tolkningsföreträde gällande definitionerna av vad som är sjukt, friskt, normalt eller onormalt och även vem som ges ansvar för lidandet eller kategoriserandet.¹⁰⁰



En pragmatisk avgränsning av vad som utgör gränsen för psykisk ohälsa brukar vara att denna på något sätt ska påverka funktionen i vardagen för den som drabbas.

Sammanfattningsvis kan hur vi förstår och definierar psykiska tillstånd ses som något som formas och förhandlas i samspelet mellan människor och samhället. Psykisk ohälsa kommer alltså att färgas av personella biologiska och psykologiska faktorer och hur dessa samverkar med sociala och kulturella faktorer. För en enskild individ kan någon av dessa faktorer dominera denna samverkan.

Detta är inte unikt för psykiska besvär och precis som vid de flesta kroppsliga sjukdomar är orsakerna till psykisk ohälsa och psykisk sjukdom inte helt kända, men vi vet att många olika faktorer samverkar. Gener och arv spelar en viktig roll vid de flesta psykiska sjukdomar och samverkar med faktorer som den miljö vi lever i och hur vi tolkar våra beteenden, känslor och

symtom. En person som har en ärftlig sårbarhet kan därför löpa större risk att utveckla psykisk sjukdom, särskilt om personen samtidigt går igenom stressande livshändelser.

Även personligheten påverkar risken för att drabbas av psykisk ohälsa. Personlighet kan beskrivas som den samlande effekten av alla de egenskaper som gör en person unik. Ungefär hälften av dessa drag förklaras av genetik och arv, medan resten formas av miljön. De mest studerade personlighetsdragen som studerats i relation till psykisk sjukdom samlas i begreppet neuroticism. Personer med hög neuroticism har en ökad tendens att känna negativa känslor som ledsenhet, ångest och ilska, och svårare att hantera stressiga situationer. Neuroticism utgör en riskfaktor för såväl insjuknande i psykisk sjukdom som för ett mer långvarigt sjukdomsförlopp, och är dessutom associerad med ökat behov av både somatisk och psykiatrisk vård.

” Det finns ett tryck att hinna allt – utbildning, jobb, familj – snabbt och på en gång.

Kvinna i referensgruppen

Sammanfattning

Samhället formar synen på psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa behöver förstås i ett samhälleligt sammanhang där normer, institutioner och maktstrukturer påverkar vad som räknas som friskt eller sjukt. Diagnoser uppstår i ett samspel mellan individ, vård och samhälle, och förändras över tid. Detta innebär också att möjligheter till återhämtning formas både av medicinska och sociala insatser.

Samhällsstrukturer och livsvillkor påverkar måendet

Ett samhälle präglad av höga krav, individualisering och otrygghet kan bidra till känslor av otillräcklighet och stress. Problem riskerar att tolkas som individuella brister istället för att kopplas till miljö och strukturer, såsom ojämlikhet eller utanförskap. Detta kan särskilt påverka grupper som kvinnor och minoriteter, vilka oftare rapporterar psykisk ohälsa.

Biologi, personlighet och miljö samverkar

Orsaker till psykisk ohälsa är komplexa och innefattar både genetiska, psykologiska och sociala faktorer. Ärftlig sårbarhet kan öka risken, särskilt i kombination med stressande livshändelser. Även personlighetsdrag, som benägenhet att uppleva negativa känslor, spelar en viktig roll för både uppkomst och utveckling av psykisk sjukdom.

Makt och normer i unga kvinnors psykiska hälsa

Skribent: Ulrika Dahl, professor i genusvetenskap och forskare WOMHER

För att förstå flickors och unga kvinnors psykiska ohälsa idag är det viktigt att titta på samhällsnormer ur genus och maktperspektiv. Män och kvinnor värderas olika i samhället och psykisk ohälsa hos kvinnor behöver förstås i relation till föreställningar och idéer om att kvinnors främsta uppgift är att behaga och tillfredsställa män. Som genusvetare under lång tid har påpekat påverkar orealistiska skönhetsideal och normer ofta upplevelser av den egna kroppen och den psykiska (o)hälsan.^{101, 102}

Eftersom många flickor och unga kvinnor konsumerar stora mängder media, film och mode där budskapet att skönhet och närhet till ideal såsom en vältränad kropp utan uns till fett, en perfekt hy, och de rätta kläderna är viktigare än både studieresultat och social kompetens förmedlas om och om igen behöver dessa faktorer tas i beaktning. Det är dock inte bara en fråga om att vara begärlig för män, mycket pekar på att normer och ideal också skapar konkurrens och hierarkier kvinnor emellan.¹⁰³ I takt med sociala mediers ökade betydelse bland unga ökar denna press. Här cirkuleras budskapet om den egna skönhets betydelse allt mer och av allt fler.

Från en allt tidigare ålder lär sig flickor att både spegla sig i dessa ideal och förmedla sin framgång genom att själva bidra till den ökande stressen som ideal skapar påverkar den psykisk ohälsan. Det är därför viktigt att förståelsen av ätstörningar, depression och ångest hos flickor och kvinnor inte enkom tolkas ur medicinska och individuella perspektiv utan också i relation till flickor och kvinnors underordnade och utsatta position i samhället.

Därtill är det viktigt att tillämpa en intersektionell förståelse av makt, normer och utsatthet eftersom idealen ofta har tydliga etniska och klasskodade markörer; ofta förmedlas budskapet

att det mest önskvärda och vackra är vit hud, rakt och ljust hår och en lång, smal kropp vilket är långt ifrån möjligt att uppnå för en ökande del av den svenska flickpopulationen.

Det finns också en tydlig ekonomisk aspekt av flickors kamp för att passa in i normen, där den snabbt ökande industrin och antalet företag som säljer dyra skönhetsprodukter, kläder och accessoarer indirekt profiterar på flickors strävan att uppnå idealen och skapar stress och ångest. Ekonomisk utsatthet och stress kan därmed generera en ökad risk för att unga kvinnor dras till en arbetsmarknad där skönhet och begärlighet är ett krav eller där behovet av resurser för att exempelvis bekosta skönhetsoperationer av olika slag kan resultera i psykisk ohälsa kopplad till orimligt, olagligt eller påtvingat arbete.

Sammanfattningsvis är det alltså viktigt att vårdinsatser och förståelser av unga kvinnors ökade psykiska ohälsa, inklusive ätstörningar, tvångsmässig träning, social ångest, depression samt sexuell utsatthet och våld som väsentliga faktorer. Därtill krävs alltså en förståelse av unga kvinnors olika sociala, etniska, kulturella och socioekonomiska positioner. Analys av situationen och utveckling av bättre insatser för att främja unga kvinnors psykiska hälsa kan därför inte enbart utgå från och vända sig till flickor som tillhör en bemedlad heterosexuell majoritetsbefolkning. Här kan både genusvetenskaplig medicinsk kompetens kombineras för en bättre vård och ökad hälsa.

Män och kvinnor värderas olika i samhället och psykisk ohälsa hos kvinnor behöver förstås i relation till föreställningar om deras roll.



Sammanfattning

Normer, makt och psykisk ohälsa

Flickors och unga kvinnors psykiska ohälsa behöver förstås i relation till samhällsnormer där kvinnor ofta värderas utifrån utseende och förmågan att behaga. Orealistiska skönhetsideal, förstärkta genom media och sociala medier, bidrar till stress, kroppsmisshälsa och psykisk ohälsa.

Intersektionella ideal och ojämlika villkor

Skönhetsideal är ofta kopplade till etnicitet och klass, vilket gör dem svåra eller omöjliga att uppnå för många. Därför behöver psykisk ohälsa förstås utifrån olika sociala, ekonomiska och kulturella positioner, snarare än enbart individuella eller medicinska perspektiv.

Ekonomiska drivkrafter och bredare riskfaktorer

En växande skönhets- och konsumtionsindustri förstärker idealen och kan skapa ekonomisk stress och utsatthet. För att möta psykisk ohälsa krävs bredare analyser och insatser som inkluderar faktorer som ätstörningar, ångest, social utsatthet och våld, samt en mer inkluderande syn på vilka grupper som berörs.

Utsatthet för sexuellt våld och våld i nära relationer

Skribent: Sara Skoog Waller, Fil.dr i psykologi, forskare Nationellt centrum för kvinnofrid

Mäns våld mot kvinnor och flickor är ett utbrett och allvarligt samhällsproblem med omfattande konsekvenser för kvinnors och flickors hälsa, trygghet i vardagen och livsvillkor.¹⁰⁴⁻¹⁰⁸ Sexuellt våld mot flickor och unga kvinnor utövas i huvudsak av killar och män och utgör tillsammans med olika former av våld i nära relationer¹⁰⁹, ett etablerat riskområde för psykisk ohälsa bland unga kvinnor och flickor.^{110, 111} Våldet är samtidigt mångdimensionellt och unga är ofta utsatta för flera former av våld i samma relation.^{111, 112}

En nationell kartläggning från Allmänna Barnhuset visar att flickor och icke-binära ungdomar rapporterar våld i nära relationer i betydligt högre grad än pojkar, och att olika former av våld – psykiskt, fysiskt och sexuellt, ofta förekommer

tillsammans.¹¹¹ I UngKAB23 uppgav 24 procent av unga kvinnor 16–29 år att de utsatts för penetration mot sin vilja, och 19 procent för fysiskt våld under sex.¹¹³ Enligt Brottsförebyggande rådets nationella trygghetsundersökning 2024 uppgav drygt 15 procent av kvinnor 16–19 år och drygt 25 procent av kvinnor 20–24 år utsatthet för sexualbrott under år 2023.¹¹⁰ I kriminalstatistiken var 92 procent av målsägarna vid anmälda våldtäkter flickor eller kvinnor.¹¹⁴ Sexualbrott är samtidigt underrapporterade, med betydligt fler utsatta än vad som kan utläsas i polisanmälningar. Rädsla för att inte bli trodd, skuld och skam samt osäkerhet kring om det som hänt "räknas" som våld är vanliga hinder för att berätta.^{115, 116}

Det finns flera förklaringar till killars och mäns utövande av våld mot flickor och unga kvinnor där könsnormer betonas, liksom föreställningar om manlig rätt till sex samt accepterande attityder till svartsjuka och kontroll.¹¹⁵ Digital kommunikation kan förstärka maktbalanser och kontroll genom snabba cykler av kontakt, ökad möjlighet till övervakning samt genom press om delning och hot om spridning av sexualiserat innehåll.^{115, 117}



1 av 5 unga kvinnor uppger att de har utsatts för fysiskt våld under sex och 1 av 4 unga kvinnor uppger att de har utsatts för penetration mot sin vilja.

Unga kvinnor beskriver konsekvenser av våldet i form av ångest, nedstämdhet, låg självkänsla och svårigheter att avsluta relationen när vuxenstöd saknas.^{111, 112, 116} Kliniska data tyder också på att grovt våld i samband med sexualbrott, exempelvis icke-fatal strypning, blivit vanligare, där unga kvinnor är överrepresenterade bland utsatta.¹¹⁸

Bland unga framträder tjejer och icke-binära som tydliga riskgrupper bland de som utsätts för våld i parrelationer, följt av unga med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, unga som lever med föräldrar med missbruksproblem, psykisk sjukdom, suicidalt beteende eller kriminalitet samt unga som utsätts för våld av sina föräldrar.¹¹⁹ Unga som utsätts för sexuellt våld i en nära

relation rapporterar ofta även utsatthet för andra former av våld, vilket återspeglar ett mönster av polyviktisering – att man är utsatt för flera olika typer av våld eller våld vid upprepade tillfällen – vilket är relaterat till förhöjda nivåer av psykisk ohälsa.^{111, 120}

Trots en växande kunskapsbas finns fortfarande stora kunskapsluckor. Mer kunskap behövs om orsakerna till våld, även i ungas relationer, våldets konsekvenser för ungas hälsa över tid, om teknikens roll i våldet samt om ungas vägar till stöd. För att förstå förutsättningarna för unga kvinnors och flickors psykiska hälsa och livsvillkor behöver våldsutsatthet ses som en central aspekt snarare än som en särskild problematik.

Sammanfattning

Omfattande våld och tydliga könsskillnader

Mäns våld mot kvinnor och flickor är ett utbrett samhällsproblem, där sexuellt våld och våld i nära relationer utgör centrala riskfaktorer för psykisk ohälsa. Flickor, unga kvinnor och ickebinära är särskilt utsatta, och många drabbas av flera former av våld samtidigt, även om mörkertalet är stort.

Normer, makt och digitala dimensioner

Våldet hänger samman med könsnormer, föreställningar om manlig rätt och accepterande attityder till kontroll och svartsjuka. Digitala miljöer kan förstärka utsattheten genom övervakning, hot och spridning av sexualiserat material, vilket fördjupar maktobalanser i relationer.

Allvarliga konsekvenser och behov av mer kunskap

Utsatthet för våld kopplas till ångest, depression, låg självkänsla och svårigheter att lämna destruktiva relationer, särskilt utan stöd från vuxna. Det är vanligt att vara utsatt för flera olika typer av våld eller våld vid upprepade tillfällen, något som förstärker risken för psykisk ohälsa. Samtidigt finns det stora kunskapsluckor kring orsaker, långsiktiga effekter och effektiva stödsatser.



Ekonomi och arbetsmarknad

Skribent: Emma Hovén, docent i medicinsk psykologi, forskare UPIC, föreståndare WOMHER

I Minds stödlinjer framträder ofta oro över ekonomi, studier, arbete och självförsörjning som återkommande teman bland unga kvinnor – så vad visar då aktuell statistik och forskning inom området?

För unga kvinnor i övergången mellan utbildning och arbetsliv spelar den ekonomiska situationen en särskilt stor roll, både för hur de mår här och nu och för deras framtidsutsikter. Statistik från Statistiska Centralbyrån (SCB) visar att vägen in i vuxenlivet har blivit både längre och mer osäker under de senaste decennierna. För drygt 25 år sedan, år 1991, var den så kallade etableringsåldern, då 75 procent av en årskull är sysselsatt på arbetsmarknaden, 21 år. Idag är samma ålder 29 år. Den här markanta förändringen kan till viss del härledas till den ekonomiska kris som drabbade bland annat Sverige i början av 1990-talet.¹²¹

När ens ekonomi är osäker påverkas också möjligheten att planera framtiden. Många upplever stress kring att inte veta om de kommer kunna hitta bostad, få en stabil inkomst, eller

skapa den självständighet som brukar definiera vuxenlivet. Osäkerhet blir ett konstant inslag – och det kan synas i måendet.

Studier visar att socioekonomisk status är en nyckelfaktor för ungas psykiska hälsa, inte bara som riskfaktor för psykiska besvär utan som en resurs för psykiskt välbefinnande och fungerande i vardagen.^{122, 123, 124} För unga kan ekonomisk stress ta sig uttryck i ökad oro, sämre framtidsstro, ökad risk för ångest och depression. Den här typen av oro förstärks när unga kvinnor möter en arbetsmarknad som belönar flexibilitet snarare än trygghet, samtidigt som samhällets normer ställer höga krav på att "lyckas" snabbt och på flera områden samtidigt: utbildning, relationer, ekonomi, utseende och socialt liv.

Unga mellan studier och arbete har uppmärksamats som en särskilt utsatt grupp. I Sverige blir ungefär var sjätte elev inte behörig till gymnasiet och det finns cirka 130 000 unga mellan 18 och 24 år som varken arbetar eller studerar.¹²⁵ För vissa är psykisk ohälsa en orsak som gör det svårt att ta sig vidare, men för andra är det

snarare arbetsmarknadens strukturer, bristande stöd eller svårigheter att hitta sin väg som skapar ohälsan. Denna grupp riskerar att hamna i ett långvarigt utanförskap som både påverkar måendet direkt och ökar risken för framtida ekonomisk utsatthet, arbetslöshet och social isolering. Ett hälsosamt inträde i arbetslivet är därför en viktig förutsättning för ett hållbart arbetsliv, men hur detta kan främjas kräver mer kunskap.

Utöver generella socioekonomiska skillnader finns grupper av unga kvinnor som befinner sig i särskilt utsatta situationer, däribland unga kvinnor med utländsk bakgrund, unga med funktionsnedsättning samt unga som är i behov av stöd i vardagen.^{126, 127}

Dessa unga kvinnor möter ofta särskilda utmaningar som formas både av deras tidigare erfarenheter och aktuella livsvillkor, vilket påverkar inte bara möjligheterna till ekonomisk trygghet, utan också hur unga blir bemötta i vården, deras tillgång till rätt stöd och deras benägenhet att söka hjälp.

Psykisk ohälsa påverkar inte bara den enskilda individen utan samhället i stort. Under de senaste decennierna har längre sjukfall (>60 dagar) på grund av psykiatriska diagnoser

Kvinnor har mer än dubbelt så hög risk för lång sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa.

ökat, mest tydligt hos kvinnor.¹²⁸ Totalt betalade Försäkringskassan ut 39,5 miljarder kronor i sjukpenning år 2022.

För kvinnor är 47 procent av beloppet relaterat till sjukskrivning i psykiatriska diagnoser. En ännu färskare rapport från Försäkringskassan 2025 visar att kvinnor har nästan dubbelt så många sjukpenningdagar som män.¹²⁹

Psykisk ohälsa är den vanligaste orsaken för långvarig sjukskrivning bland unga (16–29 år) och även bland unga löper kvinnor högre risk för långvarig sjukskrivning än unga män. Skillnaderna beror både på arbetsliv och privatliv, men förbättrade arbetsvillkor och ökad jämställdhet kan bidra till att minska sjukskrivningarna. Trots politiska mål om att jämna ut skillnaderna syns ännu ingen förbättring. Stressrelaterade sjukskrivningar har ökat med 25 procent på fem år, och kvinnor har mer än dubbelt så hög risk för lång sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa.

Sammanfattning

Ekonomisk otrygghet påverkar ungas mående

Ekonomisk trygghet är central för psykiskt välbefinnande, och många unga kvinnor upplever oro kring arbete, studier och självförsörjning. Förlängda och mer osäkra etableringsvägar till vuxenlivet, tillsammans med ökade levnadskostnader, bidrar till stress och svårigheter att planera framtiden.

Utsatta grupper och strukturella hinder

Unga som står mellan studier och arbete är särskilt sårbara, och ekonomisk utsatthet ökar risken för ångest, depression och långvarigt utanförskap. Skillnader inom gruppen unga kvinnor är stora, där exempelvis socioekonomisk bakgrund, funktionsnedsättning och migrationserfarenhet påverkar både möjligheter och hälsa.

Samhällskonsekvenser och ojämställda mönster

Psykisk ohälsa leder till omfattande sjukskrivningar och stora samhällskostnader, där kvinnor är tydligt överrepresenterade. Unga kvinnor löper högre risk för långvarig sjukskrivning kopplad till psykisk ohälsa, vilket speglar både arbetsvillkor och bredare jämställdhetsutmaningar.

Reflektioner från Mind

En berättelse om unga kvinnor som en generation i oklar kris riskerar att skapa en skev bild av gruppen. Det kan också ge obefogat sämre framtidstro, en missvisande självbild och leda till andra negativa, självuppfyllande profetior.

Psykisk hälsa är mer än diagnoser och siffror

Rapporten visar att unga kvinnors psykiska hälsa inte kan förstås genom enskilda mått, diagnoser eller statistik. Psykisk hälsa rymmer både välbefinnande och lidande, både allvarlig psykisk sjukdom och naturliga reaktioner på såväl samhälle som livshändelser. Diagnoser, vårdkontakter, läkemedelsanvändning och självrapporterade besvär fångar olika delar av verkligheten – men inget ger ensamt en fullständig bild.

Detta är särskilt tydligt när det gäller framställningen av unga kvinnors psykiska hälsa. En

ökning av rapporterad ångest, nedstämdhet eller stress kan spegla flera samtidiga fenomen: faktiska försämringar i mående, ökad benägenhet att sätta ord på känslor och förändrade normer kring vad som räknas som ohälsa, men också brister i samhällets skyddsnet.

Rapportens samlade material visar därför behovet av försiktighet i tolkningar. Det kunskapsläge som i dag finns är fortfarande begränsat och tillåter inte långtgående eller entydiga slutsatser av det slag som ofta förmedlas i den mediala rapporteringen. Detta understryker behovet av fortsatt forskning och av samhälleliga insatser som vilar på vetenskaplig grund, långsiktighet och samverkan – inte minst i nära dialog med unga kvinnor själva.



Höga krav, ansvar och begränsat handlingsutrymme

Unga kvinnors psykiska ohälsa är nära sammanvävd med de livsvillkor de lever under. Skol- och utbildningsmiljön präglas i dag av höga prestationskrav, konkurrens och en stark koppling mellan resultat och egenvärde. För många unga kvinnor blir skolan inte bara en plats för lärande, utan en arena där misslyckanden kan upplevas särskilt tydliga.

Samtidigt medför inträdet i vuxenlivet ibland en ekonomisk osäkerhet, med osäkra anställningar och höga boendekostnader. En analys av cirka 14 000 av Minds chattar visar att frågor om arbete och sysselsättning kommer upp i ungefär hälften av samtalen, vilket belyser deras centrala betydelse. Som vi har lärt oss av tidigare kapitel i rapporten blir var sjätte elev inte behörig till gymnasiet och runt 130 000 unga står utan arbete eller studier. Vi vet också att var femte ung vuxen mellan 20 och 27 år bor hemma, varav 90 procent ofrivilligt¹³⁰, och att inkomstklyftorna ökar.

Strukturella problem av det här slaget, som i utbildningssystemet, på arbetsmarknaden eller i bostadspolitiken, kan upplevas som personliga tillkortakommanden och leda till ökad psykisk ohälsa och självmordsrisk hos unga, oavsett kön.¹³¹

Kropp och psykologi samspekar med miljön

Rapportens genomgång visar att enstaka faktorer aldrig verkar isolerat. Ärtlighet, hormonsvängningar, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och personlighetsdrag är alla exempel på sådant som kan öka sårbarheten – men deras betydelse formas i hög grad av den omgivning och det samhälle unga kvinnor lever i.

Exempelvis löper unga kvinnor med NPF-diagnoser högre risk för psykisk ohälsa, inte minst i miljöer som präglas av höga krav på social och akademisk anpassning. På motsvarande sätt måste negativ kroppsuppfattning och ätstörningsproblematik förstås ihop med de snäva skönhetsideal och starkt sittande utseendenormer som unga tjejer möter från mycket tidig ålder. Samtidigt kan skyddande faktorer, som tidig upptäckt av psykisk ohälsa, tillgång till stöd och stärkande motbilder, en fysiskt aktiv och meningsfull fritids-sysselsättning göra stor skillnad.

Stöd, vård och förebyggande insatser när inte alla

Trots att psykisk ohälsa rapporteras utbredd bland unga kvinnor söker inte alla med behov vård. Rädsla för stigma, bristande tillit, tidigare negativa erfarenheter och oro för bristande sekretess är vanliga hinder. När vård väl uppsöks är bemötande, kontinuitet och delaktighet avgörande för huruvida stödet upplevs som hjälpsamt.

Rapporten visar att ungdomsvänliga mottagningar och integrerade arbetssätt ökar tillgängligheten, särskilt för unga kvinnor. Samtidigt kvarstår stora brister i det förebyggande arbetet. Insatser som stärker relationer, återhämtning, meningsfull fritid och social trygghet är potentiellt skyddande, men är ofta ojämnt fördelade och svagt politiskt prioriterade.

Stödet och vården som ges är också ojämn i sin kvalitet och tillgänglighet, inte minst utifrån ett socioekonomiskt perspektiv. Det är alltför vanligt att exempelvis var man bor eller vilken skola man går i gör stor skillnad för hur god och snabb hjälp man får.

Könsnormer, ideal och sociala jämförelser formar ungas mående

Unga kvinnors psykiska hälsa kan inte förstås utan ett makt- och genusperspektiv. Könsnormer påverkar både vilka krav unga kvinnor möter och hur deras mående sedan tolkas och bemöts. Förväntningar på att vara socialt kompetent, attraktiv, duktig och emotionellt tillgänglig präglar många unga kvinnors vardag.

Sociala medier förstärker ofta dessa normer genom ständig jämförelse, idealisering och kommersialisering av identitet och utseende. Samtidigt är det inte enbart omfattningen av användningen av sociala medier som spelar roll, utan innehåll, sammanhang och möjligheten till balans med andra delar av livet, såsom en meningsfull fritid och goda relationer.

När psykisk ohälsa diskuteras riskerar fokus att hamna alltför ensidigt på sådant som individens skärmvanor eller personliga sårbarhet. Men många av de krav unga kvinnor möter är rotade i samhällets förväntningar utifrån kön. För att förstå unga kvinnors mående måste vi därför också se de normer och maktstrukturer som omger dem.

Unga kvinnors psykiska hälsa kan inte förstås utan ett makt- och genusperspektiv.

Våldsutsatthet och ojämställd makt påverkar psykisk hälsa

Våldsutsatthet, som sexuellt våld, våld i nära relationer och digital kontroll, är ett allvarligt och ofta förbisett livsvillkor för många unga kvinnor. Våldet är starkt könat, ofta normaliserat och tydligt kopplat till psykisk ohälsa.

Omkring hälften av alla unga kvinnor i Sverige uppger att de någon gång har utsatts för sexuella övergrepp.¹³² Över hälften av alla kvinnor uppger att de, efter sin femtonårsdag, har utsatts för våld av en man.¹³³ I Sverige dödas en kvinna av en närstående man var tredje till fjärde vecka.¹³⁴ Globalt utsätts var tredje kvinna under sitt liv för våld av en man hon har en nära relation till¹³⁵, och i världen gifts en flicka bort var tredje sekund.¹³⁶ Att själv drabbas av små och stora förtryck, samtidigt som man lever med vetskapen om hur utbredda de är globalt, påverkar också ens känsla av trygghet och handlingsutrymme.

Samtidigt präglar även mer vardagliga former av ojämställdhet livsvillkoren. I Sverige lägger kvinnor i genomsnitt flera timmar mer i veckan än sin manliga partner på hemarbete¹³⁷, kvinnors disponibla inkomster ligger sedan decennier tillbaka bara på 79 procent av männens¹³⁸, och kvinnor är i genomsnitt föräldralediga cirka femton månader medan pappor i genomsnitt är det i cirka fyra.¹³⁹

Trots detta uppger mer än var tredje ung man i Sverige att vi i hög grad lever i ett jämställt samhälle och var fjärde ung man menar att kvinnor

överdriver hur ojämställt de behandlas.¹⁴⁰ Sådana klyftor mellan erfarenheter och uppfattningar bidrar till att kvinnors utsatthet osynliggörs. Ojämställdhet och förtryck kan leda till flera sorters ohälsa och ska då inte förväxlas med – eller behandlas som – enbart individuella psykiska besvär.

Den psykiska ohälsan måste förstås ur flera perspektiv

Sammantaget visar rapporten att unga kvinnors psykiska hälsa formas i ett komplext samspel mellan individuella förutsättningar och samhällsliga strukturer. Rapporterna om ökande psykisk ohälsa hos unga kvinnor bör inte förstås som ett tecken på ökad skörhet hos gruppen, utan åtminstone delvis som en rimlig reaktion på livsvillkor som skulle behöva förändras.

Framför allt måste vi prata om vad som orsakar psykiska besvär och hur dessa kan förebyggas, i stället för att bara fastna i besvären som sådana. Effektiva åtgärder innehåller mer än individuella behandlingsinsatser. De kräver ett insiktsfullt, långsiktigt och jämställt arbete som tar hänsyn till makt, normer, språk och livsvillkor – och som inte ser unga kvinnors psykiska hälsa som enskilda, personliga misslyckanden, utan som en bred och angelägen samhällsfråga.



Dialog med unga kvinnor

Denna rapport har arbetats fram tillsammans med en referensgrupp av tio unga kvinnor 17 till 28 år, med olika erfarenheter av psykisk hälsa. Genom sammanlagt cirka åtta timmars samtal har en samstämmig bild vuxit fram av hur unga kvinnors psykiska hälsa formas i skärningspunkten mellan personliga erfarenheter och strukturella brister.

Deltagarna beskriver hur de tidigt har lärt sig att ifrågasätta sina egna upplevelser – särskilt i kontakt med vård och skola – och hur detta i förlängningen försvårar både självkännet och benägenheten att söka hjälp.

Ett återkommande tema i våra samtal är bristen på tillgänglig och likvärdig vård. Deltagarna vittnar om långa väntetider, otydliga ansvarsförhållanden och stora skillnader mellan olika vårdkontakter. Fysisk smärta, särskilt kopplad till kvinnokroppen, beskrivs ofta ha avfärdats eller

normaliserats. Att få höra att "så är det att vara tjej" eller att symtom sitter "i huvudet" har lett till en känsla av att inte tas på allvar. Flera beskriver vården som ett lotteri, där utfallet beror mer på vilken läkare eller region man möter än på behovet av hjälp. Konsekvensen blir inte bara fördröjd behandling, utan också att tilliten till systemet eroderar – vissa slutar till slut att söka vård alls.

Ojämlig vård och bristande tillit

Liknande erfarenheter beskrivs i relation till den psykiatriska vården och elevhälsan. Deltagare berättar om kontakter där de blivit avfärdade eller bemötta med förenklade svar, samtidigt som andra möten gjort avgörande skillnad. Tillgången till stöd beskrivs som ojämn och i hög grad beroende av enskilda individers engagemang snarare än av fungerande strukturer. Skolan lyfts

fram som en central arena både för att främja välbefinnande och som en plats där psykisk ohälsa kan uppstå eller fördjupas. Deltagarna uppmärksammar betydande variationer i elevhälsans resurser och i vilka anpassningar som erbjuds, med återkommande reflektioner om att rektors prioriteringar i praktiken ofta avgör vilket stöd som blir tillgängligt.

Ett särskilt område som återkommer i dialogen och som också lyfts i rapporten är ätstörningsproblematik. Deltagarna beskriver hur snäva medicinska kriterier gör att många inte anses "tillräckligt sjuka" för att få hjälp. Samtidigt kan viktminskning i vissa fall bemötas med beröm, trots att den snarare är ett uttryck för psykisk ohälsa, vilket riskerar att fördröja identifiering och stöd. Detta förstärker en redan utbredd upplevelse av att behöva bli mycket sjuk för att tas på allvar, vilket i sin tur riskerar att förvärra tillstånden och försvåra återhämtning.

Stor press runt normer för kvinnor

Utöver vård och skola beskriver deltagarna ett starkt socialt tryck kopplat till livsval, särskilt kring utbildning, arbete och familjebildning. Deltagarna vittnar om återkommande budskap om press på vuxenblivande, att de både ska hinna utbilda sig, etablera sig på arbetsmarknaden och bilda familj inom en begränsad tidsram. Dessa normer upplevs påverka val och skapa stress, inte minst då dessa budskap sällan riktas

mot unga män i samma utsträckning. Samtidigt beskriver vissa en motsatt press, där deras ambitioner eller vägval ifrågasätts med hänvisning till att de är "för unga". Sammantaget tecknas en bild av motstridiga förväntningar som är svåra att navigera.

Även ekonomiska och sociala faktorer lyfts som betydelsefulla. Begränsad tillgång till fritidsaktiviteter och trygga mötesplatser, särskilt sådana som upplevs inkluderande för tjejer, pekas ut som en riskfaktor. Fritidsgårdar beskrivs i vissa fall som starkt killdominerade miljöer, där tjejer inte ges samma utrymme att delta.

Ett liv mellan krav och otillräcklig återhämtning

Sömnpblem och kronisk trötthet är ytterligare ett tema i dialog med referensgruppen. Deltagarna beskriver en vardag präglad av höga krav, sena studier och ständig uppkoppling, där återhämtning i form av sömn, vila, återhämtande aktiviteter eller tid utan krav ofta prioriteras ned eller upplevs som svårtillgänglig. Även när kunskap om vikten av återhämtning finns, är det svårt att omsätta den i praktiken.

Sammantaget framträder en komplex bild där individuella svårigheter förstärks av strukturella brister och sociala normer. Det handlar inte enbart om enskilda problem, utan om system som inte fångar upp, validerar eller möter unga kvinnors behov i tid.

” Att någon verkligen förstår hur det känns gör så stor skillnad.

Kvinna i referensgruppen

Ljuspunkter och vändpunkter

När samtalet rör sig mot vad som faktiskt hjälper förändras tonen. Deltagarna beskriver en rad ljuspunkter – ofta små, konkreta och nära – som har haft stor betydelse i svåra perioder.

Denice beskriver hur avgörande det var att ha människor utanför de sammanhang där hon vanligen rörde sig och där hon mådde dåligt:
– När allt gick åt helvete i skolan och hemma fanns vänner som inte var en del av det. Det blev som ett andrum.

Tilda nickar:

– Ja, att få vara ett blankt blad någonstans. Att inte ha en roll att leva upp till.
Flera återkommer till vikten av just sådana “andra rum” – hos mor- eller farföräldrar, i ett stall, i en vänskapsrelation. Platser där man kan andas, äta något gott, eller bara vara utan krav.

Mwajuma berättar om ett avgörande vägval:
– Jag pluggade något jag inte mådde bra av. Till slut insåg jag att det inte är värt att vakna varje morgon och må dåligt. Nu pluggar jag något jag älskar.

Hon lyfter också sin lillebror:
– Han sa: tänk inte på vad folk tycker. När en tioåring säger det... då måste man lyssna.

Flera skrattar och instämmer. **Tilda** fyller i:
– Barns rakhet är så befriande. Det är som att de skär igenom allt.

Relationer återkommer som en röd tråd. Syskon, föräldrar och vänner som lyssnar, agerar eller bara finns där. **Edvina** beskriver betydelsen av att bli förstådd:
– Min bästa vän hade liknande problem som jag. Att någon verkligen förstår gör så stor skillnad.

Hon lyfter också sin mamma som fick henne att förstå att hon har rätt att söka vård och ta sina behov på allvar:
– När jag tänkte att “andra har det värre”, sa hon: nej. Nu söker vi hjälp.

Flera nickar igenkännande. Att någon annan tar ens mående på allvar kan bli en vändpunkt.

Även djur nämns som en viktig källa till lugn och stöd.

– Min katt bara lägger sig på mig när jag är ledsen, säger **Edvina**. – Den säger ingenting, den bara är där.

Samtalet rör sig vidare till strategier i vardagen.

Shalom beskriver hur hon aktivt börjat prioritera återhämtning:
– Jag har lärt mig att ställa in saker. Att faktiskt ha kvällar hemma. Det gjorde jag aldrig förut.

Hon fortsätter:

– Och att begränsa mobilen. Då finns det tid att göra något som gör en “bra trött”. Det gör stor skillnad.

Flera håller med om att återhämtning inte nödvändigtvis handlar om passiv vila.
– Det kan vara något roligt som ger energi, säger hon.

Tilda lyfter betydelsen av sammanhang utanför skolan:
– Ridningen var en så viktig paus. Ett annat forum, andra människor. Man blev någon annan där.

Tillgång till sådana miljöer beskrivs som avgörande – inte minst för att bryta isolering och skapa nya relationer.

Samtalet återvänder också till vikten av att utmana egna tankemönster.

Delnaz berättar:

– En vän sa: vi kan inte veta vad andra tänker. Om ingen säger något – släpp det. Det hjälpte mig mycket.

Flera instämmer i hur befriande det kan vara att släppa antaganden om andras omdömen.

Sammantaget framträder en bild av att det som hjälper ofta är konkret, relationellt och nära: människor som lyssnar, miljöer som ger andrum, modet att välja om – och små förändringar i vardagen som skapar utrymme för återhämtning.



Rekommendationer

Det finns flera starka skäl att satsa på unga kvinnors välmående. Både för individernas skull och för de samhällskostnader som sjukskrivningarna, arbetsbortfallet och vårdkonsumtionen idag ackumuleras till. En framtid där unga kvinnors rättigheter och hälsa inte värnas kommer att bli kostsam för både människor och samhället.

För att undvika detta efterfrågar Mind:

- **Ökad dialog direkt med unga kvinnor och aktörer inom civilsamhälle och forskning som gör plats för deras röster.**

För att stärka dialogen runt både unga kvinnors hälsa och omvärld bör aktörer inom civilsamhälle, forskning och offentlig sektor skapa fler återkommande forum där unga kvinnor själva ges systematiskt inflytande.

- **Bygg satsningar utifrån faktiska behov.**

Det är inte per definition eller automatik svårt att vara ung kvinna i sig. Vissa har det svårt, men alla unga kvinnor har olika livsvillkor och kan inte resoneras om eller behandlas som en

och samma grupp. Resurser måste tillsättas, och riktas rätt, så att unga kvinnor verkligen får den tillgängliga, jämlika vård de har rätt till.

- **Investera i unga människors arbete, studier och boende – dvs etablering i samhället.**

Ungas psykiska ohälsa, oavsett kön, bör behandlas som ett folkhälsoproblem med sociala orsaker. Idag drabbas stora grupper av unga av skolegregation, bostadsbrist och arbetslöshet. Även här behövs bättre förutsättningar, inte fler diagnoser eller mer vård. En hållbar skolgång, väg ut i arbetslivet och tillgång till bostäder är alla viktiga faktorer för att möjliggöra etablerandet i vuxenvärlden. För unga kvinnor i särskilt utsatta livssituationer är tillgång till tidigt, samordnat och lågtröskelbaserat stöd viktigt för att etableringsprocesser inte ska brytas, utan kunna hållas ihop över tid. Här är det viktigt att offentliga medel fördelas så att utfallet blir jämlikt, så som vad gäller fritidsaktiviteter och medicinsk kunskap om fysisk och psykisk ohälsa.

- **Balansera debatten om unga kvinnors psykiska hälsa.**

Det är viktigt att media, den akademiska världen, civilsamhället och politiken vare sig ägnar sig åt bagatellisering, generalisering eller alarmism. Framställningen av unga kvinnors psykiska hälsa som enbart ett individuellt problem riskerar att leda fel. Inte minst om unga kvinnor ser sig själva genom den här bilden. Debatten måste också ha ett samhällsperspektiv.

- **Satsa på forskning och samverkan.**

Fortsatta satsningar på praktisknära och tvärvetenskaplig forskning behövs för att bättre förstå vilka sociala och strukturella insatser som stärker unga kvinnors psykiska välbefinnande.

Genom stärkt samverkan mellan forskning, vård, skola, civilsamhälle och beslutsfattare kan kunskap snabbare omsättas i förebyggande och hälsofrämjande insatser, samtidigt som erfarenheter från verksamheter tas tillvara och bidrar till långsiktigt hållbara arbetssätt. Det behövs särskilt kunskap om hur samordnade stödformer kan utformas så att unga kvinnor inte själva behöver bära ansvar för att navigera mellan olika system och insatser.

- **Underlätta en hälsofrämjande livsstil hos unga kvinnor.**

Forskningen visar att livsstilen har stor betydelse för hur unga kvinnor kan bygga upp motståndskraft mot psykiska besvär. Genom att främja hälsosamma vanor och trygga relationer i unga år skapas goda förutsättningar för psykiskt välbefinnande under hela livet.

Bland hälsofrämjande faktorer kan nämnas att röra på sig och ta hand om sin sömn samt att ha verktyg för att förstå sina känslor, att hävda sina rättigheter och hitta till sunda mötesplatser med andra unga kvinnor. Till arenor där unga kan träffa trygga vuxna hör förstås skolan och föreningsvärlden, men även tillgängliga lösningar så som integrerade ungdomsmottagningar för unga. Sammanhållna ingångar till stöd minskar trösklar och ökar sannolikheten att unga kvinnor söker hjälp i tid.

- **Arbeta ambitiöst med förändring av könsnormer.**

Det finns fortsatt påtagliga strukturella skillnader i normer vad gäller män och kvinnor, och oroande tendenser vad gäller unga mäns inställning till kvinnor och jämställdhet.^{140, 141}

Hälsofrämjande insatser handlar därför också om att fundamentalt ändra förväntningarna: lära pojkar och män att ta större socialt ansvar, som att inte utsätta kvinnor för våld, och att förändra normer som ställer orimligt höga prestationskrav på kvinnor, i allt från hem och fritid till kultur och arbete.

En framtid där unga kvinnors rättigheter och hälsa inte värnas kommer att bli kostsam för både människor och samhället.



Läs mer om Minds, WOMHERS och UPIC:s arbete på:

- ▶ www.mind.se
- ▶ www.uu.se/centrum/womher
- ▶ www.uu.se/forskning/upic

Referenser

1. Socialstyrelsen. The National Board of Health and Welfare, Folkhälsomyndigheten & SKR. Begrepp Inom Området Psykisk Hälsa. Version 2020. [https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2020/08/PM_Begrepp-inom-omr%C3%A5det- \(2020\).](https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2020/08/PM_Begrepp-inom-omr%C3%A5det- (2020).)
2. Mind. Tusentals patienter nekas psykologisk behandling – regionerna bryter mot nationella mål. <https://mind.se/nyhet/tusentals-patienter-nekas-psykologisk-behandling/> (2025)
3. Radez, J. et al. Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 30, 183–211 (2021).
4. Gulliver, A., Griffiths, K. M. & Christensen, H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* 10, 113 (2010).
5. Corry, D. A. S. & Leavey, G. Adolescent trust and primary care: Help-seeking for emotional and psychological difficulties. *Journal of Adolescence* 54, 1–8 (2017).
6. BRIS. Osäkra Tider – Barnets Rättigheter i En Föränderlig Värld. (2023).
7. McDermott, E. et al. Reducing LGBTQ+ adolescent mental health inequalities: a realist review of school-based interventions. *Journal of Mental Health* 33, 768–778 (2024).
8. Wittlin, N. M., Kuper, L. E. & Olson, K. R. Mental Health of Transgender and Gender Diverse Youth. *Annual Review of Clinical Psychology* 19, 207–232 (2023).
9. Coelho, H. et al. Experiences of children and young people from ethnic minorities in accessing mental health care and support: rapid scoping review. *Health Soc Care Deliv Res* 10, 1–74 (2022).
10. Sveriges Radio. Många söker vård i onödan – så dyr blir skattenotan – P4 Örebro. <https://www.sverigesradio.se/artikel/manga-soker-vard-i-onodan-sa-dyr-blir-skattenotan> (2025).
11. SVT. Larmet från vårdcentralerna: Yngre söker vård i onödan. (2023).
12. Världshälsoorganisationen (WHO). Making Health Services Adolescent Friendly: Developing National Quality Standards for Adolescent Friendly Health Services. (2012).
13. Goicolea, I. et al. Searching for best practices of youth friendly services - a study protocol using qualitative comparative analysis in Sweden. *BMC Health Serv Res* 16, 321 (2016).
14. Goicolea, I. et al. Accessibility and factors associated with utilization of mental health services in youth health centers. A qualitative comparative analysis in northern Sweden. *Int J Ment Health Syst* 12, 69 (2018).
15. Andersén, M. B. et al. "It's about how you take in things with your brain" - young people's perspectives on mental health and help seeking: an interview study. *BMC Public Health* 24, 1095 (2024).
16. FSUM (Föreningen Sveriges Ungdomsmottagningar. Handbok För Sveriges Ungdomsmottagningar. 56 http://www.fsum.nu/wp-content/uploads/2018/05/handbok_original_utskrift.pdf (2018).
17. Hetrick, S. E. et al. Integrated (one-stop shop) youth health care: best available evidence and future directions. *Medical Journal of Australia* 207, (2017).
18. Headspace Denmark. [headspace https://headspace.dk/en/](https://headspace.dk/en/)
19. Rickwood, D. et al. Sixteen years of innovation in youth mental healthcare: Outcomes for young people attending Australia's headspace centre services. *PLoS ONE* 18, e0282040 (2023).
20. O'Keeffe, L., O'Reilly, A., O'Brien, G., Buckley, R. & Illback, R. Description and outcome evaluation of Jigsaw : an emergent Irish mental health early intervention programme for young people. *Ir. j. psychol. Med.* 32, 71–77 (2015).
21. Boonstra, A. et al. Evaluating changes in functioning and psychological distress in visitors of the @ease youth mental health walk-in centres. *BJPsych open* 10, e101 (2024).
22. Andersén, M. et al. Effects of mental health interventions given at youth-friendly health services and integrated youth services: a systematic review protocol. *BMJ Open* 15, (2025).
23. Penninx, B. W., Pine, D. S., Holmes, E. A. & Reif, A. Anxiety disorders. *The Lancet* 397, 914–927 (2021).
24. American Psychiatric Association DSM-5 Task Force & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5. Ed.). (2013).
25. Vos, T. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* 390, 1211–1259 (2017).
26. McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T. & Hofmann, S. G. Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research* 45, 1027–1035 (2011).
27. Kuehner, C. Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry* 4, 146–158 (2017).
28. Inchley J, Currie D, Budisavljević S, Torsheim T, Jaastad A, Cosma A, Et Al. S 2. Spotlight on Adolescent Health and Well-Being: Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Survey in Europe and Canada. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332104> (2020).
29. Folkhälsomyndigheten. Skolbarns Hälsovanor i Sverige 2021/22: Nationella Resultat Från En WHO-Undersökning. (2023).
30. Statistiska Centralbyrån. Undersökningen Om Barns Levnadsförhållanden (Barn-ULF) [Internet]. <https://www.scb.se/LE0106-en>.
31. Statistiska centralbyrån. Ny Design För Undersökningarna Av Barns Levnadsförhållanden 2023: Metodförändringar, Statistiska Resultat m.m. Levnadsförhållanden 2024:1. https://www.scb.se/contentassets/ab0fd0bdf0d44715800d58089012af24/le0106_2023a01_br_lebr2401.pdf (2024).
32. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsodata (Hälsa På Lika Villkor). https://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/A_Folkhalsodata_B_HLV_dPsykhals/hlv1psyaald.px/ (2025).
33. Socialstyrelsen. Statistik Om Läkemedel 2023. (2024). <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/statistik-om-lakemedel-2023-2024-4-9026/>
34. Stockholm, Socialstyrelsen. Statistikdatabas För Läkemedel (Receptuttag På Apotek, 2006–2024). https://sdb.socialstyrelsen.se/if_lak/val.aspx.
35. Wickström, A. & Lindholm, S. K. Young people's perspectives on the symptoms asked for in the Health Behavior in School-Aged Children survey. *Childhood* 27, 450–467 (2020).
36. Socialstyrelsen. Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd. Artikelnummer: 2023-11-8862 (2023).
37. Socialstyrelsen. Ökning av nya fall av avsiktlig självdestruktiv handling bland flickor under pandemiåret 2021. Artikelnummer: 2022-10-8154 (2022).
38. Socialstyrelsen. Barn- Och Ungdomspsykiatrisk Hjälpvård Och Tvångsvård. Artikelnummer: 2022-10-8154 (2022).
39. Gillberg, C., Fernell, E., & Råstam, M. (2015). Barn- och ungdomspsykiatri (3:e uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
40. Ekselius, L. Personality disorder: a disease in disguise. *Uppsala Journal of Medical Sciences* 123, 194–204 (2018).
41. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision.* (American Psychiatric Association, Arlington, VA, USA., 2022).
42. Faraone, S. V. et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 128, 789–818 (2021).
43. Socialstyrelsen. Autism: Förekomst Och Samsjuklighet. <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/91f558f96c144b-34b42a490ad40be0bd/2024-11-9353.pdf> (2024).
44. Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården 2025 – Nationella planeringsstödet. Delrapport 1. Barn- och ungdomspsykiatri. (2025).

45. Alagband-rad, J., Hajikarim-Hamedani, A. & Motamed, M. Camouflage and masking behavior in adult autism. *Front. Psychiatry* 14, (2023).
46. Young, S. et al. Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry* 20, 404 (2020).
47. Kooij, J. J. S. et al. Research advances and future directions in female ADHD: the lifelong interplay of hormonal fluctuations with mood, cognition, and disease. *Front. Glob. Women's Health* 6, (2025).
48. Hinshaw, S. P. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Controversy, developmental mechanisms, and multiple levels of analysis. *Annual Review of Clinical Psychology* 14, 291–316 (2018).
49. Skolverket. Attityder till Skolan. <https://www.skolverket.se/statistik-och-utvarderingar/uppfoljning-och-utvardering/attityder-till-skolan> (2024).
50. World Health Organization. A Focus on Adolescent Social Contexts in Europe, Central Asia and Canada: Health Behaviour in School-Aged Children International Report from the 2021/2022 Survey. (2024).
51. Folkhälsomyndigheten. Psykisk Ohälsa Bland Högskole- Och Universitetsstudenter Kan Förebyggas. (2018).
52. UHR. Att Studera På Högskolan Med Psykisk Ohälsa – Resultat Från Eurostudent 8. (2024).
53. UKÄ. Studentspeglar 2025.
54. Schraml, K., Perski, A., Grossi, G. & Simonsson-Sarnecki, M. Stress symptoms among adolescents: The role of subjective psychosocial conditions, lifestyle, and self-esteem. *Journal of Adolescence* 34, 987–996 (2011).
55. Hiltunen, L. Lagom Perfekt: Erfarenheter Av Ohälsa Bland Unga Tjejer Och Killar. (Arkiv förlag., 2017).
56. Högberg, B. & Strandh, M. Temporal trends and inequalities in school-related stress in three cohorts in compulsory school in Sweden. *Scandinavian Journal of Educational Research* 69, 667–681 (2025).
57. Mickwitz, L. & Skott, P. Hållbart lärande genom hälsofrämjande bedömningspraktiker. Åsa Hirsh & Christian Lundahl (red). Hållbar bedömning: Bildning, välbefinnande och utveckling i skolans bedömningsarbete. (Natur & Kultur).
58. Biesta, G. What is education for? On good education, teacher judgement, and educational professionalism. *European Journal of Education* 2015, 75–87.
59. Hallsén, S. & Enkvist, V. Lärare i korstryck mellan juridiska krav och pedagogiska förväntningar. i *Barnet i skolan: Om rättigheter, aktörskap och tillgänglighet*. Hans Eklund, Victoria Enkvist & Stina Hallsén (red). vol. 2024 (iUSTUS förlag., 2024).
60. Tim Bergling Foundation. Sveriges Elevkårer Sveriges Elevråd. "Det Enda Jag Tänker På Är Stress Och Skola" En Elevundersökning Om Hur Skolan Påverkar Ungas Mående. (2024).
61. Skolverket. (2025).
62. WHO & Unesco. Making Every School a Health-Promoting School Global Standards and Indicators. (2021).
63. Paxton, S. J. & Damiano, S. R. The Development of Body Image and Weight Bias in Childhood. in *Advances in Child Development and Behavior* vol. 52 269–298 (Elsevier, 2017).
64. Nichols, T. E., Damiano, S. R., Gregg, K., Wertheim, E. H. & Paxton, S. J. Psychological predictors of body image attitudes and concerns in young children. *Body Image* 27, 10–20 (2018).
65. Mazzeo, S., Weinstock, M., Vashro, T., Henning, T. & Derrigo, K. Mitigating Harms of Social Media for Adolescent Body Image and Eating Disorders: A Review. *PRBM Volume* 17, 2587–2601 (2024).
66. Pastore, M. et al. Alarming Increase of Eating Disorders in Children and Adolescents. *The Journal of Pediatrics* 263, 113733 (2023).
67. Attia, E. & Walsh, B. T. Eating Disorders: A Review. *JAMA* 333, 1242 (2025).
68. Koreshe, E. et al. Prevention and early intervention in eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord* 11, 38 (2023).
69. Hart, L. M., Graniello, M. T., Jorm, A. F. & Paxton, S. J. Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical Psychology Review* 31, 727–735 (2011).
70. Suhag, K. & Rauniyar, S. Social Media Effects Regarding Eating Disorders and Body Image in Young Adolescents. *Cureus* (2024) doi:10.7759/cureus.58674.
71. Sacher, J. et al. Increase in Serotonin Transporter Binding in Patients With Premenstrual Dysphoric Disorder Across the Menstrual Cycle: A Case-Control Longitudinal Neuroreceptor Ligand Positron Emission Tomography Imaging Study. *Biological Psychiatry* 93, 1081–1088 (2023).
72. Sundström-Poromaa, I., Comasco, E., Sumner, R. & Luders, E. Progesterone – Friend or foe? *Frontiers in Neuroendocrinology* 59, 100856 (2020).
73. Reilly, T. J. et al. The prevalence of premenstrual dysphoric disorder: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 349, 534–540 (2024).
74. Wikman, A. et al. Prevalence and correlates of current suicidal ideation in women with premenstrual dysphoric disorder. *BMC Women's Health* 22, 35 (2022).
75. Sundström-Poromaa, I. & Comasco, E. New Pharmacological Approaches to the Management of Premenstrual Dysphoric Disorder. *CNS Drugs* 37, 371–379 (2023).
76. Lundin, A., Leijon, O., Vaez, M., Hallgren, M. & Torgén, M. Predictive validity of the Work Ability Index and its individual items in the general population. *Scand J Public Health* 45, 350–356 (2017).
77. Cockerham, W. C. Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *J Health Soc Behav* 46, 51–67 (2005).
78. Brivio, F., Viganò, A., Paterna, A., Palena, N. & Greco, A. Narrative Review and Analysis of the Use of "Lifestyle" in Health Psychology. *IJERPH* 20, 4427 (2023).
79. Mahon, C., Howard, E., O'Reilly, A., Dooley, B. & Fitzgerald, A. A cluster analysis of health behaviours and their relationship to mental health difficulties, life satisfaction and functioning in adolescents. *Preventive Medicine* 164, 107332 (2022).
80. Mikkelsen, K., Stojanovska, L., Polenakovic, M., Bosevski, M. & Apostolopoulos, V. Exercise and mental health. *Maturitas* 106, 48–56 (2017).
81. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. (World Health Organization, Geneva, 2020). ISBN: 9789240015128
82. Zhang, R. et al. Associations of dietary patterns with brain health from behavioral, neuroimaging, biochemical and genetic analyses. *Nat. Mental Health* 2, 535–552 (2024).
83. Lee, J. & Allen, J. Young women's food consumption and mental health: the role of employment. *BMC Women's Health* 22, 91 (2022).
84. Muzni, K., Groeger, J. A., Dijk, D. & Lazar, A. S. Self-reported sleep quality is more closely associated with mental and physical health than chronotype and sleep duration in young adults: A multi-instrument analysis. *Journal of Sleep Research* 30, e13152 (2021).
85. Dickinson, D. L., Wolkow, A. P., Rajaratnam, S. M. W. & Drummond, S. P. A. Personal sleep debt and daytime sleepiness mediate the relationship between sleep and mental health outcomes in young adults. *Depress Anxiety* 35, 775–783 (2018).
86. Lemke, T., Hökby, S., Wasserman, D., Carli, V. & Hadlaczky, G. Associations between sleep habits, quality, chronotype and depression in a large cross-sectional sample of Swedish adolescents. *PLoS ONE* 18, e0293580 (2023).
87. Lee, C.-Y. S., Goldstein, S. E. & Dik, B. J. The Relational Context of Social Support in Young Adults: Links with Stress and Well-Being. *J Adult Dev* 25, 25–36 (2018).
88. Grigorian, K., Östberg, V., Raninen, J. & Låftman, S. B. Loneliness and subsequent depression and anxiety in emerging adults: Findings from a Swedish cohort study. *Scand J Public Health* (2026) doi:10.1177/14034948251403064.
89. FORTE. Fritidens Betydelse För Ungas Psykiska Hälsa – Rättigheter, Möjligheter Och Hinder. <https://forte.se/publikation/fritidens-betydelse-for-ungas-psykiska-halsa-rattigheter-mojligheter-och-hinder/> (2023).
90. Timonen, J., Niemelä, M., Hakko, H., Alakokkare, A. & Räsänen, S. Associations between Adolescents' Social Leisure Activities and the Onset of Mental Disorders in Young Adulthood. *J Youth Adolescence* 50, 1757–1765 (2021).
91. Internetstiftelsens ordlista. <https://internetkunskap.se/artiklar/ordlista/sociala-medier/>
92. Ohlsson, Jonas, red. Mediebarometern. Genomförd av Nordicom på uppdrag av kulturdepartementet. (2024).

93. Statens medieråd. Ungar & medier. (2023).
94. Folkhälsomyndigheten (2024). Forskningsrapport Om Digitala Medieanvändning Och Psykisk, Fysisk Och Sexuell Hälsa Samt Levnadsvanor Bland Barn Och Unga. (2024).
95. EU Kids Online. <https://eucpn.org/document/eu-kids-online-final-report>
96. Elias, A. S. & Gill, R. Beauty surveillance: The digital self-monitoring cultures of neoliberalism. *European Journal of Cultural Studies* 21, 59–77 (2018).
97. Campbell, O. L. K., Bann, D. & Patalay, P. The gender gap in adolescent mental health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries. *SSM - Population Health* 13, 100742 (2021).
98. Paradies, Y. et al. Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 10, e0138511 (2015).
99. Plöderl, M. & Tremblay, P. Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry* 27, 367–385 (2015).
100. Garcia, E. & Barandiaran, X. E. Varieties of normativity and mental health: an enactive approach. *Synthese* 205, 53 (2025).
101. Young, Iris Marion. (1980). *Throwing Like a Girl: A Phenomenology of Feminine Body Comportment, Motility, and Spatiality*. *Human Studies* 1980, 137–156.
102. Bordo, Susan. *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. vol. 1993 (Berkeley: University of California Press.)
103. Naomi Wolfs *The Beauty Myth: How Images of Beauty Are Used Against Women*. vol. 1990 (New York: William Morrow and Company).
104. Council of Europe. *Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention)* (CETS No. 210). Council of Europe. <https://rm.coe.int/168008482e>.
105. European Commission: Eurostat, European Institute for Gender Equality, & European Union Agency for Fundamental Rights. *EU Gender-Based Violence Survey – Key Results: Experiences of Women in the 27 EU Member States*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2811/4526264>.
106. European Institute for Gender Equality (EIGE). *The Costs of Gender-Based Violence in the European Union*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/costs-gender-based-violence-european-union> (2021).
107. World Health Organization (WHO). *Violence against Women Prevalence Estimates, 2018: Global, Regional and National Prevalence Estimates for Intimate Partner Violence against Women and Nonpartner Sexual Violence*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256> (2021).
108. United Nations General Assembly. *Declaration on the Elimination of Violence against Women*. https://www.un.org/en/genocide-prevention/documents/atrocitiescrimes/Doc.21_declaration%20elimination%20vaw.pdf (1993).
109. Jenstav, M., Svedin, C.-G., Landberg, Å., Kassman, A. & Jonsson, L. S. Sexual Violence in Swedish Youth Intimate Partnerships: Prevalence, Severity, and Symptoms of Trauma. *J Fam Viol* <https://doi.org/10.1007/s10896-025-01003-y> (2025) doi:10.1007/s10896-025-01003-y.
110. Brottsförebyggande rådet. *Nationella Trygghetsundersökningen 2024*.
111. Jernbro, C., & Landberg, Å. *Våld i Ungas Nära Relationer – En Nationell Kartläggning*. (2024).
112. Korkmaz, S. Youth Intimate Partner Violence in Sweden: Prevalence and Young People's Experiences of Violence and Abuse in Romantic Relationships [Avhandling]. vol. 2021 (Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet).
113. Folkhälsomyndigheten. *Ungas Hälsa, Relationer Och Sexliv – Resultat Från UngKAB23*. (2025).
114. Brottsförebyggande rådet. *Anmälda Brott – Slutlig Statistik 2024*. (2025).
115. Jämställdhetsmyndigheten. *Att Se, Agera Och Förändra: Kunskapsrapport Om Stöd till Våldsutsatta Ungdomar*. (2025).
116. Øverlien, C., Hellevik, P. M. & Korkmaz, S. Young Women's Experiences of Intimate Partner Violence – Narratives of Control, Terror, and Resistance. *J Fam Viol* 35, 803–814 (2020).
117. Rogers, M. M., Fisher, C., Ali, P., Allmark, P. & Fontes, L. Technology-Facilitated Abuse in Intimate Relationships: A Scoping Review. *Trauma, Violence, & Abuse* 24, 2210–2226 (2023).
118. Larsson, F. M. et al. Changes in physical violence and injury during sexual assaults over time among females 16–29 years. *Acta Obstet Gynecol Scand* 104, 1627–1639 (2025).
119. Jernbro, C., & Landberg, Å. *Våld Mot Barn 2024: En Nationell Kartläggning*. (2024).
120. Korkmaz, S., Överlien, C. & Lagerlöf, H. Youth intimate partner violence: prevalence, characteristics, associated factors and arenas of violence. *Nordic Social Work Research* 12, 536–551 (2022).
121. MUCF – Myndigheten för ungdoms- och civillsamhällesfrågor. *Vägar Och Omvägar till Arbetsmarknaden. Långsiktiga Perspektiv På Ungas Etablering Och Försörjning*. (2017).
122. Reiss, F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine* 90, 24–31 (2013).
123. Uvhagen, L., Gustafsson, J. & Söderqvist, F. Mental well-being in Swedish adolescents 2014–2023: A repeated population-based cross-sectional study focusing on temporal variations and differences between groups. *PLoS One* 20, e0323963 (2025).
124. Buli, B. G., Larm, P., Nilsson, K. W., Hellström-Olsson, C. & Giannotta, F. Trends in mental health problems among Swedish adolescents: Do school-related factors play a role? *PLoS ONE* 19, e0300294 (2024).
125. MUCF (Myndigheten för ungdoms- och civillsamhällesfrågor) <https://www.mucof.se/uppdrag/unga-som-varken-arbeta-eller-studera>.
126. Causevic, S. et al. Prevalence and associated factors for poor mental health among young migrants in Sweden: a cross-sectional study. *Global Health Action* 17, 2294592 (2024).
127. Kien, C. et al. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 28, 1295–1310 (2019).
128. Försäkringskassans Socialförsäkringsrapport, 2025.
129. Försäkringskassan. *Analys Av Skillnader i Nyttjande Av Sjukförsäkringen – Delrapport 4 (Svar På Regeringsuppdrag – Dnr FK 2023/002328)*.
130. Hyresgästföreningens rapport Unga vuxnas boende, 2025.
131. Landgren, V., Lindblad, I., Nylander, L., Gillberg, C. & Fernell, E. Inability to start or complete upper secondary school strongly predicts unemployment and psychosocial and psychiatric adversities – A register-based follow-up study from southwestern Sweden. *Acta Paediatrica* [apa.17264](https://doi.org/10.1111/apa.17264) (2024) doi:10.1111/apa.17264.
132. Folkhälsomyndighetens rapport Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige, 2019.
133. Örebro universitets och ROKS rapport Kvinnors trygghet - ett jämställt samhälle fyllt av våld. <https://roks.se/assets/files/Kvinnors-trygghet-Roks-rapport-2022.pdf> (2022).
134. Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet. (2026). <https://www.uu.se/centrum/nck/kunskapsbank-om-vald/fakta-och-forskning-om-vald/dodligt-vald-i-nara-relationer>
135. *Violence against women prevalence estimates, 2023*, Världshälsoorganisationen (WHO).
136. *Rapporten State of the World's Girls Report, från Plan International*, 2025.
137. *Rapporten På tal om kvinnor och män 2024, från SCB*.
138. *Rapporten Inkomstskillnader mellan kvinnor och män 2023, från Medlingsinstitutet*.
139. Försäkringskassans rapport Barnhushållens ekonomi – resultatindikatorer för den ekonomiska familjepolitiken 2020
140. *Jämställdhetsmyndighetens rapport Ett sekel av rösträtt och valbarhet, 2021*.
141. *Artikeln Var tredje man i GenZ tycker att kvinnan ska lyda, DN 2026-03-08* <https://www.dn.se/sverige/var-tredje-man-i-gen-z-tycker-att-kvinnan-ska-lyda/>

**Mi
ND**

mind.se