



FORTE

Forskningsrådet för
hälsa, arbetsliv och välfärd

**Psykiskt välbefinnande,
psykiska besvär och
psykiatriska tillstånd
hos barn och unga
- begrepp, mätmetoder
och förekomst**

En kunskapsöversikt



Om författarna

Christina Dalman är professor i psykiatrisk epidemiologi vid Institutionen för global folkhälsa vid Karolinska institutet, överläkare i socialmedicin och enhetschef på Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin i Region Stockholm. Hon har i flera år följt utvecklingen vad gäller förekomst av psykiska besvär i Sverige och har gedigen kunskap om värddatabaser vad gäller psykiatriska tillstånd.

Sven Bremberg är barn- och ungdomsläkare och är nu verksam som docent i socialmedicin vid Karolinska institutet. Han har tidigare arbetat vid Folkhälsomyndigheten. Sven Bremberg har varit ansvarig för uppdrag från regeringen som behandlat ungdomars psykiska hälsa, stöd till föräldrar, och prevention av självmord.

Johan Åblén är legitimerad psykolog och doktor i psykologi, verksam vid Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin i Region Stockholm och vid Institutionen för global folkhälsa vid Karolinska institutet. Hans forskning och expertis rör sig främst kring förebyggande insatser för psykisk ohälsa hos barn och ungdomar.

Anna Oblis är specialläkare i barn- och ungdomspsykiatri och medicine doktor. Hon arbetar på Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin i Region Stockholm med i huvudsak epidemiologisk kartläggning av psykisk ohälsa. Hennes forskning vid Karolinska institutet rör psykisk ohälsa hos barn och ungdomar.

Emilie Agardh är docent i epidemiologi vid Institutionen för global folkhälsa vid Karolinska institutet. Hon har samarbetat med the Institute for Health Metrics and Evaluation vid University of Washington och den globala sjukdomsbördestudien (Global Burden of Disease; GBD) i många år, och har mycket god kunskap om förekomst och sjukdomsbörda i olika länder.

Susanne Wicks är disputerad i socialmedicin vid Karolinska institutet och statistiker på Centrum för epidemiologi och socialmedicin i Region Stockholm. Hon har mångårig erfarenhet och kunskap om psykiatrisk epidemiologi och värddatabaser för psykiatriska tillstånd.

Andreas Lundin är doktor i folkhälsovetenskap, verksam vid Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin i Region Stockholm och vid Institutionen för global folkhälsa vid Karolinska institutet. Han arbetar med psykiatrisk epidemiologi och psykometri rörande depression, ångest och beroende.

Omslag: Monstera/Pexels
Layout: Granath
ISBN: 978-91-88561-40-4

Forte - Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
Box 38084, 100 64 Stockholm
Telefon: 08-775 40 70
E-post: forte@forte.se
www.forte.se

Förord

Att barn och ungdomar ska må bra och ha en trygg uppväxtmiljö är en självklarhet. Tyvärr är det inte verkligheten för alla unga i Sverige. Förekomsten av psykiska problem bland barn och ungdomar diskuteras mycket, och det finns en allmän uppfattning om att dessa problem har blivit vanligare. Samtidigt finns det olika sätt att benämna och gradera psykisk hälsa, och det är svårt att göra jämförelser mellan olika grupper av unga och över tid. Om det sker en ökning, för vilka och vad det kan bero på är frågor där forskningen bör kunna bidra med svar, för att andra aktörer i samhället ska kunna sätta in resurser på rätt ställen och för rätt individer.

I regeringens forskningspolitiska proposition 2020 fick Forte uppdraget att inrätta ett tioårigt forskningsprogram om psykisk hälsa. Hur vi ska stärka den och förebygga samt behandla psykisk ohälsa är en av våra största utmaningar. Programmet ska finansiera forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa, förebyggande och tidiga insatser vid psykisk ohälsa, suicidprevention samt samordnade insatser för personer med svår psykiatrisk problematik. Som en del av den satsningen ger Forte ut den här kunskapsöversikten kring begrepp inom området, metoder för att mäta förekomst och beskrivningar av utvecklingen över tid.

Rapporten är författad av professor Christina Dalman tillsammans med Sven Bremberg samt Johan Åhlén, Anna Ohlis, Emilie Agardh, Susanne Wicks och Andreas Lundin. Det är en uppdatering av en rapport från 2015 som Forte tog fram med Formas, Vetenskapsrådet och Vinnova i samband med en stor forsknings-satsning på barn och ungas psykiska hälsa. I denna uppdatering beskrivs de nu gällande begreppen inom området. Även unga vuxnas psykiska hälsa har inkluderats, liksom hur olika mått kan jämföras för att bedöma exempelvis barn och ungas vårdbehov samt utvecklingen över tid.

Utän en gemensam förståelse av vilka problem som finns i samhället, hur de utvecklas och vad de kan tänkas bero på blir svårt att föra en rimlig diskussion om hur problemen ska mötas. En sådan kunskapsgrund behövs för att kunna utforma, genomföra och utvärdera insatser som främjar psykisk hälsa bland barn och unga, samt förebygger och behandlar psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd.

Vi hoppas den här rapporten kan bidra med just det och ge en övergripande bild av området för forskare och samhällsaktörer som arbetar för barns och ungas välbefinnande. Vi vill också att så många som möjligt känner sig inbjudna att ta del av det här komplicerade ämnet som blir lättare att tolka med ökad kunskap.

Jonas Björck
Generaldirektör, Forte

Olle Lundberg
Huvudsekreterare, Forte

Innehåll

Sammanfattning och slutsatser.....	6
Begreppen psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd.....	12
<i>Inledning.</i> Ett resonemang om varför det behövs kunskap om grundbegreppen psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd.....	12
<i>Begreppet psykiskt välbefinnande.</i> En kort genomgång om möjligheter och svårigheter att beskriva psykiskt välbefinnande inkluderande den definition som WHO har presenterat.....	13
<i>Begreppet psykiska besvär.</i> En kort genomgång av begreppet psykiska besvär och hur detta begrepp skiljer sig från psykiatriska tillstånd samt ett kort resonemang kring hur tröskelvärden kan väljas för att beskriva förekomst av psykiska besvär.....	14
<i>Psykiatriska tillstånd.</i> En kort presentation av olika diagnosystem som används för att beskriva psykiatriska tillstånd, ICD och DSM.....	15
Att mäta förekomst av psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd.....	16
<i>Inledning.</i> För att mäta psykiskt välbefinnande, psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd hos en individ eller i en befolkning kan man använda sig av enkäter, intervjuer och hälsodataregister. Men hur ska resultaten tolkas? I inledningen problematiseras detta.....	16
<i>Att mäta välbefinnande.</i> En kort presentation av olika frågeinstrument. De flesta rikstäckande undersökningar använder dock endast enstaka frågor om välbefinnande. Så är fallet både i SCB:s undersökningar Barn-Ulf och ULF/SILC samt Folkhälsomyndighetens Skolbarns hälsovanor och Hälsa på lika villkor. Frågeinstrument Mental Health Continuum - Short form (MHC-SF) avspeglar både emotionellt välbefinnande och social funktion men används inte nationellt.....	17
<i>Att mäta psykiska besvär.</i> En kort presentation av några viktiga mätverktyg. För barn och ungdomar; Child Behavior Checklist, Youth Self Report, Strengths and Difficulties Questionnaire och Revised Children's Anxiety and Depression Scale samt undersökningarna Skolbarns hälsovanor och SCB:s Barn-ULF. För unga vuxna; General Health Questionnaire, Kesslerskalorna, GAD-7, Patient Health Questionnaire samt Undersökningarna om levnadsförhållanden och Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor.....	18

<i>Att mäta psykiatriska tillstånd. En kort beskrivning av hur de diagnostiska systemen ICD och DSM används, kompletterade av DC 0-3 R. Även en kort idéhistorisk genomgång av hur synen på sjukt och friskt har varierat över tid.....</i>	21
Metoder för att fastställa psykiatriska diagnoser hos barn och unga inom vården.....	23
Metoder för att fastställa psykiatriska diagnoser i en befolkning.....	23
Förekomst av psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd.....	26
<i>Inledning. Väl genomförda studier baserade på vedertagna mätinstrument för att mäta förekomst av psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd i Sverige är sällsynta, och studier som följer utvecklingen över tid saknas helt. Däremot finns studier som inkluderar enskilda frågor av varierande karaktär som kan användas för att följa utvecklingen över tid.....</i>	26
<i>Förekomst av psykiskt välbefinnande. En genomgång av frågor om emotionellt välbefinnande från SCB:s och Folkhälsomyndighetens nationella undersökningar.....</i>	26
<i>Förekomst av psykiska besvär. En genomgång av beskrivningar om förekomst av psykiska besvär hos svenska barn och ungdomar i Skolbarns hälsovanor, Barn-ULF, Grodan, Nord Child study, och KUPOL-studien, samt hos unga vuxna i nationella folkhälsoenkäten, ULF, och European Health Interview Survey.....</i>	29
<i>Förekomst av psykiatriska tillstånd. En genomgång av vad olika studier och vårddata visar om förekomst hos svenska barn och unga vuxna av ADHD, alkohol- och drogrelaterade diagnoser, autismspektrumtillstånd, depression, schizofreni och andra psykossjukdomar, suicidförsök och självskadebeteende, suicid, ångest och ätstörningar.....</i>	38
Diskussion.....	51
Referenser.....	54
Bilagor.....	59
Bilaga 1 Tabellunderlag till figurer i avsnittet om förekomst av psykiska besvär.....	59
Bilaga 2 Underlag till GBD-studien.....	61
Bilaga 3 Metod samt definitioner av diagnoser från vårddata.....	62

Sammanfattning

Barn och ungas psykiska hälsa har fått betydande uppmärksamhet under de senaste decennierna. I höginkomstländer var psykiatriska tillstånd 2019 det enskilda problem som mest bidrog till den samlade sjukdomsöranden i åldrarna under 20 år (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021). Ändå råder det osäkerhet kring innebörden av de begrepp som används inom området, hur man mäter de olika tillstånden, vilka nationella mätningar som finns i Sverige och hur förekomsten förändrats över tid. Har det skett en ökning och i så fall av vad?

Den här skriften sammanställer kunskapen om vad olika begrepp betyder, hur man mäter förekomst och hur förekomsten av psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd ser ut och har förändrats över tid för åldersgruppen 0–30 år. Genom att jämföra olika mått kan man också få en ökad förståelse för exempelvis vårdbehov.

Vad innebär begreppen?

De tre begrepp rapporten fokuserar på är psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Vi har valt att utgå från Socialstyrelsens, Folkhälsomyndighetens och Sveriges Kommuner och Regioners modell i vilken termen psykisk hälsa betecknar hela kunskapsområdet och inkluderar både psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa (Socialstyrelsen et al., 2020). Psykisk ohälsa inkluderar både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd.

Välbefinnande beskrivs av WHO enligt följande: ”Psykisk hälsa är ett tillstånd med mentalt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, kan klara av vanliga påfrestningar, kan arbeta produktivt och kan bidra till det samhälle hon eller han lever i.”

Välbefinnande kan förefalla vara ett oproblemiskt begrepp. Vad som utgör välbefinnande bestäms dock delvis av våra föreställningar om vad ett gott liv innebär, och i ett modernt samhälle finns ganska olika tankar om hur livet bäst kan levas. Det innebär att det kan vara svårt att entydigt fastställa en individs välbefinnande.

Psykiska besvär kan vara milda till svåra, och begreppet används där kriterier för psykiatrisk diagnos inte är uppfyllda. Psykiska besvär är vanligt förekommande och ofta handlar det om normala reaktioner på påfrestningar i livet. Beroende på omfattning och individens livssituation kan hjälp och stöd behövas på olika sätt. Exempel på psykiska besvär är oro och ångest, nedstämdhet, och sömnproblem. Hur allvarligt ett symptom behöver vara för att räknas som ett psykiskt besvär är inte enkelt att bedöma. För att med större sannolikhet beskriva

andelen barn, ungdomar och unga vuxna med psykiska besvär som skulle kunna innebära lidande och begränsningar har vi i denna rapport undersökt hur många som rapporterar besvär ungefär varje dag, eller att de har stora besvär.

3 begrepp:

psykiskt välbefinnande,
psykiska besvär och
psykiatriska tillstånd

Psykiatriska tillstånd är allvarligare former av psykisk ohälsa där vårdinsatser kan behövas. För att skilja psykiatriska tillstånd från normala tillstånd, och för att skilja mellan olika tillstånd, beskrivs tillstånden i form av diagnoser. När diagnoser fastställs bygger de på beskrivningar av en persons symptom. En psykiatrisk diagnos fastställs om vissa givna symptom som utgör kriterier för en diagnos föreligger. I Sverige används officiellt WHO:s International Classification of Diseases, ICD som diagnossystem. Klassifikationen uppdateras med jämna mellanrum för att inkludera det senaste kunskapsläget. För närvarande används den tionde versionen av ICD (ICD-10).

Vilka mätmetoder finns och används i Sverige?

Enstaka frågor som kan anses spegla välbefinnande och psykiska besvär ingår i regelbundna nationellt täckande undersökningar; Statistiska centralbyråns två undersökningar Barn-ULF och ULF/SILC samt Folkhälsomyndighetens två undersökningar Skolbarns hälsovanor och Hälsa på lika villkor. Frågorna om psykiska besvär i Barn-ULF har ändrats ett flertal gånger sedan undersökningarna startade och är inte lämpliga för att undersöka trender över tid.

Det finns också instrument med en bredare ansats för att skatta flera dimensioner av välbefinnande såsom emotionell, psykologisk och social funktion. Detsamma gäller för psykiska besvär som också är ett mångfasetterat tillstånd. Dessa instrument har endast undantagsvis använts i nationellt representativa befolkningsundersökningar. Ett exempel är Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ, som har använts i ett flertal svenska undersökningar. Ett annat exempel är Patient Health Questionnaire-8 (PHQ-8) som ingår i den europeiska undersökningen European Health Interview Survey (EHIS) som undersöker hälsa och levnadsvanor hos personer över 15 år i olika europeiska länder. Vad gäller bredare frågeinstrument för välbefinnande finns endast regionala undersökningar exempelvis med frågeinstrumentet Mental Health Continuum – Short form (MHC-SF) som ingår i undersökningen Liv och Hälsa Ung.

För att klassificera psykiatriska tillstånd i Sverige används WHO:s International Classification of Diseases (ICD), som inkluderar diagnoser som till exempel depression, schizofreni och generaliserad ångest. För varje diagnos finns ett antal kriterier uppställda som avspeglar en samling psykiatriska symtom som ofta uppträder tillsammans och som har visat sig svara gynnsamt på viss behandling. Det finns inga specifika undersökningar man kan göra för att fastställa diagnoserna. Inom barn- och ungdomspsykiatri

(BUP) och vuxenpsykiatri ställer man diagnoser genom kliniska bedömningar, strukturerade diagnostiska intervjuer och skattning av symtom i relation till kriterierna. I befolkningsstudier använder man optimalt en kombination av instrument som screenar för olika tillstånd och intervjuer av de personer vars svarsmönster tyder på risk för ett psykiatriskt tillstånd. För att undersöka hur många som får vård för ett visst tillstånd kan man använda olika administrativa vårddatabaser som upprätthålls i varje region och som delvis samlas in till Socialstyrelsens nationella patientregister (NPR).

Hur vanliga är dessa tillstånd?

Psykiskt välbefinnande

Den övervägande majoriteten av barn och unga vuxna uppger gott psykiskt välbefinnande, och det har inte varit några större förändringar över tid.

Barn och ungdomar

Vid den senast publicerade undersökningen av Barn-ULF år 2018/19 angav 95 procent av barn i åldern 12–18 år att de var på bra humör ganska ofta eller för det mesta och 88 procent att de var nöjda med sig själva. Det har inte skett några statistiskt säkerställda förändringar sedan 2008/09. Folkhälsomyndigheten redovisar svenska resultat från den internationella studien Skolbarns hälsa och hälsovanor som omfattar barn i åldern 11–15 år. I studien finns en fråga om att känna hög tillfredsställelse med livet vilket 86 procent av svenska barn gjorde vid den senaste undersökningen 2017/18 då 45 länder deltog. Barn i Sverige anger lägre livstillfredsställelse jämfört med genomsnittet för barn i övriga länder. Under perioden 2001/02–2017/18 skedde inga väsentliga förändringar.

Unga vuxna

Sedan år 2004 genomför Folkhälsomyndigheten en nationell folkhälsoenkät, Hälsa på lika villkor, som inkluderar åldersgruppen 16–29 år. Sedan år 2018 ingår en fråga om psykiskt

välbefinnande. År 2020 uppgav 81 procent gott psykiskt välbefinnande och 13 procent mycket gott psykiskt välbefinnande.

Psykiska besvär

Psykiska besvär bland barn, ungdomar och unga vuxna tycks ha ökat de senaste 20–30 åren, med en tydligare ökning under 1990-talet och framför allt de senaste tio åren.

Barn och ungdomar

I undersökningen Skolbarns hälsovanor har andelen barn och ungdomar 11–15 år som anger nervositet eller nedstämdhet ungefär varje dag åtminstone dubblats sedan mätningarna påbörjades i mitten av 1980-talet.

Andelen barn och ungdomar som år 2017 hade dessa frekventa besvär var mellan 3–4 procent bland pojkar och 9–13 procent bland flickor. Även frekventa sömnbesvär tycks ha ökat, åtminstone hos flickor. Andelen barn med nedstämdhet eller sömnbesvär i Sverige är nu bland de högsta i Europa. I SCB:s undersökning Barn-ULF efterfrågas en lägre frekvens av besvär ("ganska ofta") och dessutom kan inte trender följas men år 2018/19 angav mellan 19–28 procent av 12–18-åringa flickor att de ganska ofta/för det mesta var ledsna, nere, spända, nervösa eller sovit dåligt minst en gång i veckan. Bland pojkarna var motsvarande siffra mellan 5–22 procent. Detta illustrerar att uppemot en fjärdedel anger besvär när mindre frekventa besvär efterfrågas. Det väl beprövade frågeinstrumentet SDQ har använts i tre större undersökningar. Andelen barn och unga med besvär varierade utifrån undersökt åldersgrupp, brytpunkt och tidpunkt för mätningen. Bland flickor i Åk 6, 7 och 9 var det mellan 3,5–7,5 procent som hade värden som indikerade mer tydliga psykiska besvär. Bland pojkar var motsvarande andelar 2,5–6,5 procent. Resultaten från mätningar av psykiska besvär med beprövade instrument motsvarar således i högre grad de undersökningar som mäter frekventa besvär

("ungefär varje dag") jämfört med mindre frekventa besvär ("ganska ofta").

Unga vuxna

Unga vuxna uppger psykiska besvär i högre grad än barn och ungdomar. Svåra besvär med oro och ängslan är en återkommande fråga både i Folkhälsomyndighetens och SCB:s undersökningar och besvären verkar ha ökat 3–4 gånger hos unga vuxna (16–29 år), både män och kvinnor sedan millennieskiftet.

En observation är att man proportionellt sett ser en något större ökning bland unga män jämfört med unga kvinnor. År 2020 upplevde mellan 14–18 procent av unga kvinnor sådana

Andelen barn med nedstämdhet eller sömnbesvär i Sverige är nu bland de högsta i Europa

besvär och 9–10 procent av de unga männen. Den europeiska undersökningen EHIS visar även att andelen unga män och kvinnor i Sverige med olika depressiva symtom är högre än i övriga europeiska länder.

Psykiatriska tillstånd

Barn och ungdomar

Det råder stor brist på svenska studier om förekomst av psykiatriska tillstånd. Utifrån tillgängliga data är de vanligaste psykiatriska tillstånden hos barn och ungdomar ångest, depression och ADHD som förekommer hos mellan 5–8 procent vardera, samt autismspektrumtillstånd, AST, som förekommer hos 1–1,5 procent. Utifrån dessa uppgifter kan man förvänta sig att minst cirka tio procent av barn och unga (0–18 år) vid en given tidpunkt har ett psykiatriskt tillstånd, vilket stämmer överens med en global uppskattning att förekomsten av psykiatriska tillstånd bland världens 6–18-åringar ligger på 13,4 procent. En observation är att bland 15–24-åringar har antalet självmord i genomsnitt ökat med cirka en procent per år under de senaste 20 åren (2000–2020) enligt data från Nationellt centrum för suicidforskning och prevention. Självmord är vanligare bland män än kvinnor.

Unga vuxna

Även för unga vuxna är bristen på studier stor. Bland unga vuxna är ångest följt av depression vanligast förekommande, men allt fler får även diagnosen ADHD i vuxen ålder. En skattning av hur stor andel av unga vuxna som har ett psykiatriskt tillstånd under ett års tid ligger på cirka 15–20 procent.

Utveckling över tid av psykiatriska tillstånd

Det finns väldigt få studier om utveckling över tid men enligt den regelbundna globala studien av sjukdomsbördor, Global Burden of Disease (GBD), bedöms förekomsten av de flesta psykiatriska tillstånd ha legat stabilt i Sverige under de senaste tio åren. Denna utveckling skiljer sig från de mönster vi ser för diagnostiserade psykiatriska tillstånd som ökat tydligt i den svenska vården. En jämförelse mellan skattad förekomst enligt GBD och diagnosticering i vården i Region Stockholm år 2011 visar att färre personer än förväntat hade fått vård, det vill säga att det fanns dolda vårdbehov (exempelvis för ADHD, depression, ångest och AST). Därefter har diagnosticeringen i vården stigit, framför allt för AST och ADHD i förhållande till GBD-skattningarna, men ligger fortfarande under GBD-studiens skattningar för depression och ångest bland barn och ungdomar. Detta tyder på att det fortfarande verkar finnas dolda vårdbehov vad gäller dessa tillstånd.

Skillnaden mellan GBD-studiens högre skattningar och den lägre förekomsten av diagnostiserade tillstånd i vården skulle kunna förklaras av att stigma för psykisk ohälsa hindrat människor från att söka vård för tio år sedan men att dessa hinder stegvis minskat. För ADHD och andra neuropsykiatriska tillstånd har andelen vårdade ökat avsevärt under senare år och antingen föreligger överdiagnostik eller också ser vi en utveckling med ökad förekomst som ännu inte syns i GBD-studiens skattningar. Vårt att notera är att väl utförda studier om

verklig förekomst i befolkningen saknas från de senaste 15 åren för samtliga vanligt förekommande psykiatriska tillstånd bland barn och unga i Sverige.

En källa som kan användas för att beskriva antalet personer som diagnostiserats i vården för olika tillstånd är Nationella patientregistret (NPR). En begränsning är dock att endast läkarbesök registreras och inte besök hos andra personalkategorier, till exempel psykologer och kuratorer. En annan och än mer allvarlig brist är att primärvården inte registreras i detta register. En allt större andel av vården för psykiska besvär och psykiatriska tillstånd sker inom primärvården exempelvis för depression och ångest bland vuxna.

Slutsatser

Vi behöver ha kunskap om de olika begreppen kopplade till psykisk hälsa och en gemensam kunskapsbas om problemen för att kunna bedriva forskning och i framtiden kunna verka för insatser av god kvalitet kring rätt saker för barn och unga. Insatser på alla nivåer behöver utvärderas: detta gäller metoder för att främja psykiskt välbefinnande, förebygga och sätta in tidiga insatser vid psykiska besvär och psykiatriska tillstånd samt behandla psykiatriska tillstånd.

Det finns utvärderade instrument för att mer fördjupat mäta förekomsten av psykiska besvär, men i de nationella återkommande undersökningarna används huvudsakligen enstaka frågor, sannolikt av resursskäl. Vid jämförelser av resultat mellan de undersökningarna och utvärderade instrument är överensstämmelsen bättre för de enstaka frågor som rör mer frekventa psykiska besvär ("ungefär varje dag") jämfört med mindre frekventa besvär ("ganska ofta"). Detta talar för att det är rimligt att följa andelen barn och unga med mycket frekventa psykiska besvär i befolkningsundersökningar för att få en bild av hur stor andel som skulle kunna ha behov av stöd och behandling.

Den övervägande majoriteten av barn och unga vuxna uppger psykiskt välbefinnande och där har det inte varit några större förändringar över tid. Vad gäller psykiska besvär är bilden en annan och man ser en otvetydig ökning av självrapporterade dagliga psykiska besvär under de senaste åren. Detta är helt i linje med en ökad psykiatrisk vårdkonsumtion. Mycket tyder på att personer som tidigare inte sökt vård för psykiatriska tillstånd nu får vård i ökad omfattning, men att det fortfarande finns icke tillgodosedda vårdbehov vad gäller exempelvis depression bland barn och unga. Men det saknas samtidigt välgjorda studier av faktisk förekomst, och det är oklart hur stora de dolda vårdbehoven är i dag, det vill säga hur många som är i behov av vård och på vilken nivå. På samma sätt är det oklart om det samtidigt föreligger överdiagnostik av lindriga besvär.

Väl genomförda representativa svenska studier om förekomst av psykiatriska tillstånd bland barn och ungdomar är alltså ytterligt sällsynta. Det finns enstaka svenska studier om förekomst av depression bland barn och ungdomar men dessa publicerades kring millennieskiftet. Studier om ångest, som är det tillstånd som ökar

mest i vården, saknas helt. Detta utgör en viktig brist som påverkar såväl forskning som verksamheter, professioner och ytterst enskilda individer.

Heltäckande data om vårdens insatser och vilka diagnoser som ställs saknas på nationell nivå. Nationella patientregistret (NPR) saknar helt registrering från primärvården och inkluderar endast specialiserad psykiatrisk vård. Detta är en stor brist eftersom merparten av vården för personer med psykiska besvär och psykiatriska tillstånd sker inom primärvården. För att följa vårdens utveckling och tillse god och jämlik vård är detta ett angeläget utvecklingsområde.

Psykiska besvär och psykiatrisk vårdkonsumtion är vanligare bland flickor än bland pojkar och bland unga vuxna jämfört bland tonåringar. En observation är att man proportionellt sett ser större ökningar bland unga män, jämfört med unga kvinnor, vad gäller självrapporterade svåra besvär av oro och ångest. Dessutom är självmord, som kan ses som den yttersta konsekvensen av psykiskt lidande, vanligare bland pojkar och unga män. Det är angeläget att få större kunskaper om de bakomliggande faktorerna till detta.



Begreppen psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd

Inledning

Osäkerhet kring begrepp

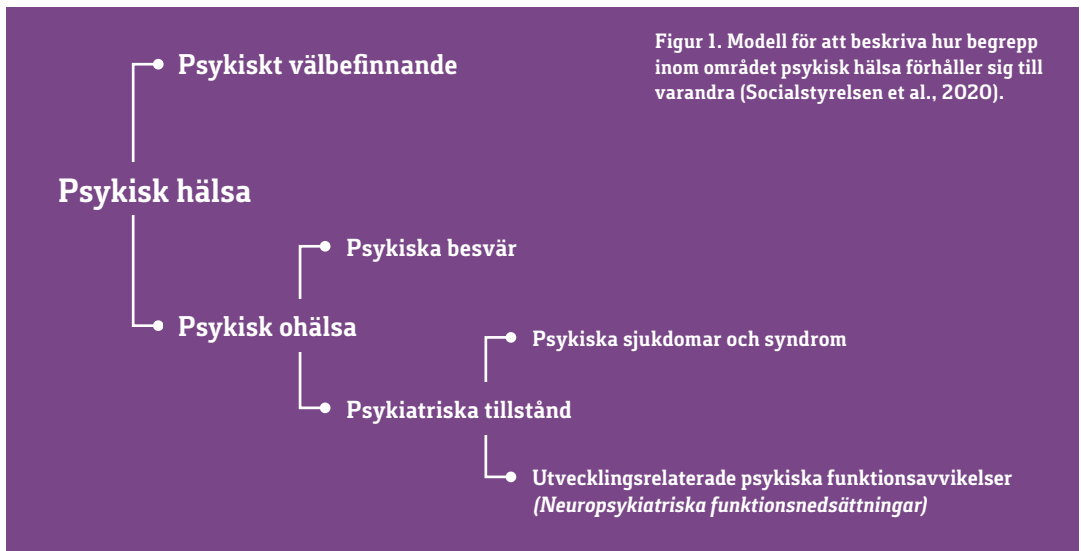
Det behövs gemensamma definitioner för att så bra som möjligt kunna diskutera ämnet psykisk hälsa och kunna göra utvärderingar inom området. I detta kapitel följer en genomgång av de definitioner som finns inom fältet.

Det råder osäkerhet kring vad som avses med begreppen psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Men gemensamma definitioner är viktiga för en bra dialog mellan forskare, politiker, allmänhet och personer som arbetar inom fältet. Detta ställs på sin spets när insatser på olika nivåer övervägs: hälsofrämjande för att förbättra det psykiska välbefinnandet, prevention för att motverka uppkomst av psykiska besvär och psykiatriska

tillstånd samt behandling och rehabilitering vid etablerade psykiatriska tillstånd. Vilka insatser och metoder är mest ändamålsenliga för att befolkningen ska må bra? För att kunna diskutera detta och utföra utvärderingar av insatser behövs kunskap om och samsyn kring grundbegreppen.

De svenska kunskapsmyndigheternas definition

De statliga kunskapsmyndigheterna Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) presenterade 2020 en modell för begreppen (Socialstyrelsen et al., 2020). Där används begreppet psykisk hälsa som en sammanfattande beteckning för hela kunskapsområdet.



Figur 1. Modell för att beskriva hur begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra (Socialstyrelsen et al., 2020).

I det följande behandlas rubrikerna enligt denna modell.

Begreppet psykiskt välbefinnande

Vad är psykiskt välbefinnande?

Välbefinnande beskrivs av WHO enligt följande:

"Psykisk hälsa är ett tillstånd med mentalt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, kan klara av vanliga påfrestningar, kan arbeta produktivt och kan bidra till det samhälle hon eller han lever i." Välbefinnande kan förefalla vara ett problematiskt begrepp. Vad som utgör välbefinnande bestäms dock delvis av våra föreställningar om vad ett gott liv innebär och i ett modernt samhälle finns ganska olika tankar om hur livet bäst kan levas. Det innebär att det kan vara svårt att entydigt fastställa en individs välbefinnande.

Begreppet välbefinnande kan förefalla oproblematiskt. Om en individ känner sig vara nöjd med livet kan detta verka vara tillräckligt för att ange att individen har ett gott välbefinnande. Ett enkelt tankeexperiment pekar dock på att en sådan definition är otillräcklig. Om individen skulle nått en känsla av välbefinnande med hjälp av en drog tvekar de flesta över att beteckna tillståndet som välbefinnande eftersom användningen av drogen senare kan medföra problem. Det räcker således inte med att enbart ange en viss känsla.

Ett sätt att komma runt detta problem är att utgå från individens önsknings. Således, om en individs önsknings till stor del är uppfyllda då skulle individen kunna uppfattas ha nått ett tillstånd av välbefinnande. Problem uppstår om vi ska betrakta alla önsknings som lika värdefulla. Om individen skulle önska att fysiskt skada andra människor, och också lyckas med detta, då skulle individen utifrån detta resonemang ha nått ett tillstånd av välbefinnande. I allmänhet tvekar vi över en sådan bedömning.

En ytterligare väg är att utgå från hur väl en människa fungerar i ett samhälle. En sådan ansats har tillämpats av Marie Jahoda (Jahoda, 1958) och senare av Martin Seligman inom den tradition som brukar betecknas som positiv psykologi (Wikipedia contributors, 2021). Problemet uppstår när vad som är att fungera väl ska definieras. En framgångsrik vetenskapsman kan under livet ha gjort avgörande upptäckter men till stor del sakna sådana förmågor som allmänt anses bör inkluderas i att fungera väl. Det är därför inte givet hur ett väl fungerande liv ska betecknas.

Det finns ingen väg för att komma runt dessa problem. Skälet är att i ett modernt individualistiskt samhälle saknas en given uppfattning om hur livet bäst ska levas. Alla skattningar av välbefinnande blir därför osäkra. Jämförbara osäkerheter finns även för skattningar av psykiska problem och psykiatriska tillstånd eftersom tillstånden behöver särskiljas från det som kan betraktas som normalt. Problemen blir dock mindre jämfört med definitionen av välbefinnande eftersom psykiska problem och psykiatriska tillstånd medför lidande och de flesta anser att det är önskvärt att reducera lidande.

Det finns ingen forskare som lyckats lösa problemen med begreppet psykiskt välbefinnande. Olika internationella aktörer har intagit en pragmatisk hållning och utgått från vad de uppfattar att de flesta accepterar. Ekonomer som Ruut Veenhoven (Veenhoven, 1971), John Helliwell och Richard Layard (Helliwell, 2012) har på gruppnivå studerat faktorer som påverkar upplevelse av lycka och livstillfredsställelse. En svensk utredning har behandlat möjligheten att meningsfullt försöka använda positiva mått på livskvalitet (Utredningen om mått på livskvalitet, 2015). Utredningen avvisar dock denna ansats, främst därför att variationen över tid och variationen mellan länder är små, och att måtten därför inte är användbara vid beslut om politiska åtgärder.

Marie Jahoda

Psykologen Marie Jahoda är den forskare som utvecklat begreppet psykisk hälsa på ett sätt som gör det mätbart på individnivå. Hon inkluderar sex aspekter: individens inställning till sig själv, personlig utveckling och självförverkligande, en inre balans i personligheten, autonomi och självbestämmande, en adekvat verklighetsuppfattning och individens förmåga att bemästra tillvaron (Jahoda, 1958). Samtliga aspekter förefaller rimliga att inkludera eftersom de ökar människors förmåga att fungera väl. Problem uppstår när förmågan att fungera väl ska definieras eftersom det finns olika uppfattningar om vad som utgör ett lyckat liv.

WHO

WHO har formulerat en ofta citerad definition av psykiskt välbefinnande (WHO, 2018): ”Psykisk hälsa är ett tillstånd med mentalt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, kan klara av vanliga påfrestningar, kan arbeta produktivt och kan bidra till det samhälle hon eller han lever i.” Psykisk hälsa innebär således mer än frånvaro av psykisk ohälsa. Definitionen ansluter till WHO:s övergripande definition av hälsa som ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom (WHO, 1946). WHO:s definition utgår från enskilda individers tillstånd, trots att individens situation till stor del är en följd av relationen mellan individen och det omgivande samhället. WHO utgår här från en medicinsk tradition där enskilda individers sjukdomar primärt tillskrivs individen snarare än det omgivande samhället.

WHO:s definition av psykisk hälsa inbegriper två huvudaspekter, dels individens egen upplevelse av välbefinnande (hedoni), dels relationen mellan individen och det sociala sammanhang hen lever i (eudaimonia). Den senare aspekten ansluter till de föreställningar som Aristoteles utvecklat i Den nikomachiska etiken om vilket liv som är önskvärt att leva (Wikipedia contributors, n.d.). Där anger han

att människans uppgift är att använda sina förmågor och att göra detta så väl som möjligt.

Centers for Disease Control and Prevention, CDC

Den amerikanska hälsomyndigheten, Centers for Disease Control and Prevention, CDC, särskiljer tre dimensioner av psykisk hälsa: emotionellt välbefinnande, psykologiskt välbefinnande och socialt välbefinnande (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). Emotionellt välbefinnande innefattar bland annat upplevelse av tillfredsställelse med livet, lycka, gladlythet och en känsla av lugn. Psykologiskt välbefinnande innefattar en upplevelse av att kunna acceptera sig själv, öppenhet för nya erfarenheter, optimism, hoppfullhet, mål i livet, upplevelse av kontroll, andlighet, självkänsla och förmåga till att utveckla positiva relationer med andra människor. Socialt välbefinnande innefattar en upplevelse av att vara socialt accepterad, att ha tilltro till andra människor, till samhället som helhet, till den egna förmågan och att kunna bidra till samhället i stort.

Samtliga aspekter kan intuitivt uppfattas som rimliga men motivet för detta urval är lika oklart som vid övriga definitioner av psykiskt välbefinnande.

Begreppet psykiska besvär

Vad är psykiska besvär?

Psykiska besvär definieras som psykisk ohälsa som inte uppfyller kraven för psykiatrisk diagnos. Ofta handlar det om normala reaktioner på påfrestningar i livet, men beroende på omfattning och typ så kan psykiska besvär påverka personens förmåga att klara av vardagen.

I den förhärskande begreppsmodellen (se figur 1) definieras psykiska besvär som den delen av psykisk ohälsa som inte uppfyller kraven för psykiatrisk diagnos. Till skillnad från psykiatriska diagnoser där ett antal kriterier ställs upp

vad gäller symptomens intensitet och varaktighet, samt påverkan på livet och funktionsförmågan, är psykiska besvär mindre komplexa och kan till exempel innebära enstaka besvär som oro och ångest, nedstämdhet, koncentrationsproblem eller sömnproblem. Psykiska besvär är vanligt förekommande och innebär ofta normala reaktioner på påfrestningar i livet, men beroende på individens livssituation och hur individen påverkas kan hjälp och stöd behövas på olika sätt. I studier där man följt barn och unga över tid till vuxen ålder visar det sig att psykiska besvär under uppväxten ökar risken för både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd i vuxen ålder (Rutter et al., 2006). I en del rapporter om förekomst av psykiska besvär används relativt låga tröskelvärden för att beskriva andelen med psykiska besvär, vilket har resulterat i att det till exempel beskrivits att cirka 40 procent av 15-åriga flickor har psykiska besvär kring nedstämdhet och nervositet (Folkhälsomyndigheten, 2019). För att med större sannolikhet beskriva andelen barn, ungdomar och unga vuxna med psykiska besvär som skulle kunna innebära lidande och begränsningar finns det anledning att inte använda för låga tröskelvärden.

Psykiatriska tillstånd

Vad är psykiatriska tillstånd?

Ett psykiatriskt tillstånd uppfyller olika diagnostiska kriterier. Två etablerade diagnossystem är ICD, som WHO står bakom, och DSM, som den amerikanska psykiatriska yrkesföreningen står bakom.

Psykiatriska tillstånd tar sig i uttryck i ett syndrom som vården kan känna igen utifrån olika diagnoskriterier (Socialstyrelsen & Borgå, 1997). I Sverige används framför allt det WHO-baserade klassifikationssystemet ICD, International Classification of Diseases (World Health Organization & WHO Staff, 1992)

som inkluderar diagnoser som till exempel depression, schizofreni och generaliserad ångest. För varje diagnos finns ett antal kriterier uppställda som avspeglar en samling psykiatriska symtom som ofta uppträder tillsammans. En psykiatrisk diagnos fastställs om en person uppvisar ett antal av de specificerade symtomen. Eftersom de bakomliggande orsakerna till de flesta psykiatriska tillstånd är ofullständigt kända saknas det objektiva metoder för att fastställa en specifik diagnos. Detta medför också att när forskningen går framåt vad gäller orsaker och avgränsningar av diagnoser uppdateras diagnossystemen och år 2021 använder vi i Sverige den tionde versionen av ICD-systemet (ICD-10), men arbetet med att övergå till den elfte versionen (ICD-11) pågår.

Det finns också ett annat diagnossystem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM, som ges ut av American Psychiatric Association, APA (American Psychiatric Association, 2013). I Sverige används 2021 den femte versionen DSM 5. Diagnoserna i de två systemen, ICD 10 och DSM 5, är till största delen överensstämmande med varandra. DSM är en diagnostisk manual och inom både BUP och vuxenpsykiatri används DSM i stor utsträckning för att ställa en klinisk diagnos, medan ICD-systemet används för att klassificera (koda en diagnos) utifrån de kriterier som föreligger. ICD-koden rapporteras in till Socialstyrelsens hälsodataregister (Kodning Inom Psykiatri, n.d.).

Psykiska besvär under uppväxten ökar risken för både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd i vuxen ålder

Att mäta förekomst av psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd

Inledning

Hur mäter man dessa tillstånd?

I detta avsnitt presenteras en översikt över olika mätmetoder samt tillgängliga mätningar i Sverige som upprepas över tid. Syftet är att ge en förståelse för styrkor och svagheter med olika mätmetoder samt en överblick av tillgängliga data i Sverige.

För att mäta psykiskt välbefinnande, psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd hos en individ eller i en befolkning kan man använda enkäter, intervjuer och hälsodataregister. I nästa led ska informationen tolkas – är förekomsten för hög eller acceptabel? Är det till exempel önskvärt att hela befolkningen upplever psykiskt välbefinnande? Vad ska vara normen? Sådana frågor är svåra att svara på. I brist på norm är det i stället vanligt att göra jämförelser mellan olika grupper inom ett samhälle, exempelvis efter kön, ålder eller social position. Andra jämförelser kan gälla utveckling av förekomst över tid eller mellan olika länder.

Uppgifter om psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd kan inhämtas med hjälp av enkäter, intervjuer och från hälsodataregister. Vid enkäter och intervjuer används ofta en fast uppsättning av utprovade frågor, ofta kallat frågeinstrument, läs mer i bilaga 1 och 2. Den som svarar kan vara den person som berörs eller någon närstående, exempelvis föräldrar eller lärare. Svaren vägs samman till en eller flera poängsummer. Om resultatet av undersökningen gäller förekomst av en viss

psykiatrisk diagnos bearbetas uppgifterna ytterligare för att avgöra om kriterierna för diagnosen är uppfyllda.

Enkäter kan ge detaljerad information men är tids- och kostnadskrävande. Svarsfrekvensen är numera ofta låg vilket kan påverka undersökningens trovärdighet.

Hälsodataregister är en resurseffektiv källa för information men de är skapade av administrativa skäl och den information som finns är ofta begränsad även om den är specifik. Dessutom är mörkertalen för psykisk ohälsa stora eftersom långt ifrån alla söker vård för sina problem. För att få en så fullständig förståelse som möjligt behöver därför olika typer av datakällor användas för att beskriva förekomst och utveckling av psykisk hälsa.

De begrepp som används i samband med olika populationsundersökningar som genomförs är oftast normativa, där välbefinnande uppfattas som önskvärt och psykiska besvär och psykiatriska tillstånd som icke önskvärda. Det underliggande motivet för kartläggningar och andra studier är ytterst att främja det önskvärda och reducera det som inte är önskvärt. Därför tolkas de uppgifter som framkommer för att avgöra om de besvär som beskrivits faller inom eller utanför ramen för vad som är önskvärt.

En möjlig norm skulle kunna vara att alla individer upplever fullständigt psykiskt välbefinnande, det vill säga att allt som anges i WHO:s definition av psykiskt välbefinnande är uppfyllt för alla

individer. En svensk undersökning av ungdomar i ålder 15–17 år visar dock att endast 41 procent har en blomstrande psykisk hälsa (Ersberg et al., 2020). Att relativt få personer har psykiskt välbefinnande enligt denna måttstock behöver principiellt sett inte utgöra hinder för att använda den som norm, men för att få legitimitet krävs att man kan enas kring en riktlinje vilket är mycket svårt. Svårigheter gäller också för att fastställa en norm för psykiska besvär och för psykiatriska tillstånd. Det skulle kunna vara möjligt att slå fast som önskvärt att ingen person någon gång ska behöva uppleva psykiska besvär. En omedelbar invändning skulle då kunna vara att många uppfattar psykiska besvär som en integrerad del av existensen som människa, det vill säga som normala reaktioner på livets betingelser.

Det är således mycket svårt att fastställa normer för psykiskt välbefinnande och psykiska besvär. De flesta uppfattar däremot att psykiatriska tillstånd inte är önskvärda, även om det finns en minoritet som inte delar denna uppfattning.

Att mäta välbefinnande

Hur mäts välbefinnande hos barn och unga?

Det finns ett flertal instrument som kan användas för att skatta psykiskt välbefinnande. Inget av dessa instrument löser dock det grundläggande problemet med själva begreppet. Det är möjligt att enas kring uppfattningar om vilket lidande som det är önskvärt att söka reducera men inte kring vilket liv som är önskvärt att leva (Popper, 2014).

I Sverige utförs ett fåtal mätningar som följer utvecklingen över tid för vissa aspekter av begreppet psykiskt välbefinnande hos barn; Skolbarns hälsovanor som presenteras av Folkhälsomyndigheten och Barn-ULF i SCB:s regi. Åldersgruppen 16–29 år följs upp i ULF (SCB) och Nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor (Folkhälsomyndigheten) som vänder sig till vuxna.

Instrument som väger samman flera dimensioner till ett index

Mental Health Continuum – Short form (MHC-SF) är ett frågeinstrument som utvecklats av C Keyes i USA (Keyes, 2002) och som har använts upprepade gånger i en regional svensk undersökning av skolungdomar, Liv och Hälsa Ung. Instrumentet innehåller 14 frågor, av vilka tre berör emotionellt välbefinnande och övriga elva handlar om olika tecken på positiv funktion. En svensk analys av ungdomars svar på frågorna visar att instrumentet på ett tillförlitligt sätt avspeglas i ett enda samlat mått som inkluderar både emotionellt och socialt välbefinnande (Söderqvist & Larm, 2021). Resultaten som har erhållits med detta instrument korrelerar väl med de resultat som erhålls med Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS).

WEMWBS används i Storbritannien, och det innehåller 14 påståenden (Tennant et al., 2007). Även detta instrument skattar både välbefinnande och olika tecken på positiv social funktion. Tennant med kollegor har visat att utfallen går att redovisa med ett enda samlat mått.

Instrument som främst skattar emotionellt välbefinnande

En tysk forskargrupp har utvecklat ett väl genomarbetat instrument kallat Kidscreen-52 (Ravens-Sieberer et al., 2005) för att inom EU mäta barns livskvalitet. Instrumentet omfattar totalt 52 frågor och mäter tio dimensioner av livskvalitet, däribland psykologiskt välbefinnande. Där ingår frågor om förra veckan: Var ditt liv bra? Kände du dig nöjd med ditt liv? Var du på gott humör? Kände du dig glad? och Hade du kul? En psykometrisk analys tyder på att frågorna avspeglar en enda underliggande dimension – emotionellt välbefinnande (Robitail et al., 2007). En förkortad version har använts i Sverige vid den nationella kartläggningen av barns psykiska hälsa/ohälsa som genomfördes år 2009, "Grodan" (Folkhälsomyndigheten, 2009).

En internationell undersökning där Sverige deltar är studien Skolbarns hälsovanor, Health Behaviour in School Children, HBSC. Den samordnas av WHO och de svenska resultaten presenteras av Folkhälsomyndigheten. Skolbarns hälsovanor genomförs bland barn i åldrarna 11, 13 och 15 år i ett urval av länder vart fjärde år, i Sverige sedan 1985. Barnen tillfrågas bland annat om välbefinnande och tillfredsställelse med livet (Folkhälsomyndigheten, 2019). Avsikten är att i kommande undersökningar tillföra ytterligare frågor som rör olika former av välbefinnande (Eriksson et al., 2019).

Institutet för social forskning vid Stockholms universitet har utvecklat en levnadsnivåundersökning för barn och ungdomar. Den genomförs årligen sedan 2001 inom ramen för SCB:s undersökningar av barns levnadsförhållanden, Barn-ULF (Statistiska centralbyrån, 2021). Där får barn och unga i åldern 12–18 år ta ställning till påståenden om de är på gott humör, och om de är nöjda med sig själva.

SCB genomför också undersökningar av levnadsförhållanden bland vuxna ULF/SILC (Statistiska centralbyrån, 2021a). Där redovisas svaren separat för åldersgruppen 16–24 år. De som svarar får en fråga om hur de uppfattar sin hälsa, bra eller dålig.

Sedan 2004 genomför Folkhälsomyndigheten en nationell folkhälsoenkät, Hälsa på lika villkor, som inkluderar åldersgruppen 16–29 år (Nationella Folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor, 2021). Där ingår också en fråga om hälsan är bra eller dålig och en annan fråga om psykiskt välbefinnande.

Uppgifter om att känna sig lycklig ingår i instrumentet General Health Questionnaire 12, GHQ 12, som används brett internationellt (D. Goldberg & Williams, 1988) och i Sverige (Lundin & Dalman, 2020). Viktigt att notera är dock att detta instrument utvecklats för att identifiera psykisk ohälsa hos vuxna och att de positivt vinklade frågorna endast inkluderats

för att balansera andra negativt vinklade påståenden (Davies & Great Britain. Department of Health, 2014).

Instrument som skattar särskilda dimensioner av välbefinnande

Det finns ett flertal instrument för att skatta specifika dimensioner av psykiskt välbefinnande. Instrumenten har vanligen utvecklats för studier av vuxna men det finns också barnanpassade versioner. Några exempel är skattningar av känsla av sammanhang och mening (Antonovsky, 1993), känsla av kontroll (Lachman & Weaver, 1998) och självförtroende (Ouvinen, 1985).

Vid den datainsamling i studien Skolbarns hälsovanor som genomfördes 2017/18 har 15-åringarna tillfrågats om självkänsla och självförmåga (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Att mäta psykiska besvär

I detta avsnitt beskrivs några av de vanligaste skattningsskalorna för att mäta psykiska besvär kortfattat. Även de enstaka frågor som ingår i nationella befolkningsstudier av psykiska besvär beskrivs.

Skattningsskalorna är ofta utvecklade för att mäta bredare begrepp som generella psykiska besvär. Dessa innehåller flera frågor, vilket innebär fördelen att olika aspekter av begreppet inryms, och kan därför anses vara ett mer fullständigt mått på det begrepp som är av intresse. Skattningsskalornas omfattning innebär dock att de sällan inkluderats i befolkningsstudierna, där utrymmet är begränsat utifrån syftet att mäta hälsa och levnadsvanor i en betydligt bredare bemärkelse. De enstaka frågorna som används där har fördelen att de är enkla att inkludera i upprepade studier och de ger värdefull information om hur de psykiska besvären förändrats över tid, även om de kan anses mäta mer specifika aspekter av psykiska besvär.

Hur mäts psykiska besvär hos barn, ungdomar och unga vuxna?

Det finns en stor mängd skattningsformulär som används för att mäta psykiska besvär. Nedan ges en översikt av några av de vanligare mätverktygen som används för barn och ungdomar vad gäller generella psykiska besvär (Child Behavior Checklist, Youth Self Report, Strengths and Difficulties Questionnaire) och mer specifika besvär som oro, ångestbesvär och nedstämdhet (Revised Children's Anxiety and Depression Scale). En översikt av några av de vanligaste mätverktygen för unga vuxna presenteras också, vad gäller generella psykiska besvär (General Health Questionnaire och Kesslerskalorna) och mer specifika besvär av oro och ångestbesvär (GAD-7) och depressiva symptom (Patient Health Questionnaire).

För att mäta psykiska besvär i SCB:s och Folkhälsomyndighetens befolkningsstudier om hälsa för barn och vuxna, har även enstaka frågor används, vilka också översiktligt presenteras nedan under respektive undersökning.

Barn och ungdomar

Child Behavior Checklist, CBCL

Child Behavior Checklist, CBCL, är utvecklat av en amerikansk psykolog, Thomas Achenbach. Instrumentet skattar förekomst av utagerande problem och av inåtvända problem. Formuläret besvaras antingen av föräldrarna eller av lärare (Achenbach, 1999). Det finns i en version som gäller barn som är mellan arton månader och fem år och som består av hundra frågor, och en version som avser barn i åldrarna 6–18 år som består av 120 frågor. Grundat på svaren beräknas en poängsumma, en summering av separata beräkningar för utagerande och inåtvända problem samt social kompetens. En ytterligare uppdelning av resultatet kan ske i åtta grupper: ångest/depression, tillbakadragen/depression, kroppsliga besvär, sociala problem, tankeproblem, uppmärksamhetsproblem, regelbrytande och aggressivt beteende. Summor

för respektive dimension klassificeras sedan som antingen normala, gränsande till kliniska eller som kliniska. Uppgifter från ett svenskt normalmaterial har publicerats (Larsson & Frisk, 1999).

Youth Self Report, YSR

Thomas Achenbach har också utvecklat instrumentet Youth Self Report, YSR, där barn i åldrarna 11–18 år själva får besvara frågorna, som ansluter till frågorna i CBCL (Achenbach, 1999). YSR omfattar 112 frågor om problem uppdelade på nio symtomskalor: ångest/depression, tillbakadragen/depression, kroppsliga besvär, sociala problem, tankeproblem, uppmärksamhetsproblem, regelbrytande och aggressivt beteende, samt övriga problem. Dessa skalor slås ihop till en summa för inåtvända problem och en summa för utagerande problem, samt en skala för total problembelastning. Svaren klassificeras på liknande sätt som i CBCL. Uppgifter från en svensk normalpopulation har publicerats (Broberg et al., 2001).

Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ

Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ, är ett instrument utvecklat av barnpsykiatern Robert Goodman (Goodman et al., 2000). Instrumentet skattar förekomst av utagerande problem och inåtvända problem. Det avser barn i åldrarna 4–16 år och består av 25 frågor som besvaras av föräldrar eller lärare. En alternativ version avsedd för barn i åldrarna 11–16 år besvaras av barnen själva. Svaren kan delas upp i fem delskalor: emotionella problem, beteendeproblem, hyperaktivitet/bristande koncentration, kompisproblem, och prosocialt beteende. I en utvidgad version av SDQ ingår även åtta följdfrågor om hur länge dessa svårigheter funnits, deras påverkan på barnet, barnets funktion, och familjen. Dessa frågor kan användas för en bedömning av klinisk svårighetsgrad. Resultaten från de fyra första delskalorna kan summeras till en samlad problemsumma. Uppgifter från ett svenskt normalmaterial har publicerats (Björnsdotter et al., 2013). Formu-

läret, översatt till svenska och en mängd andra språk, finns fritt tillgängligt på nätet. Frågorna används ofta i Sverige, bland annat i den nationella kartläggningen av barns psykiska hälsa, Grodan, som genomfördes år 2009 (Gustavsson et al., 2012).

Revised Children's Anxiety and Depression Scale

The Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS) är en skattningsskala för att mäta symtom på oro, ångest och depressiva besvär utvecklad av Bruce Chorpita och kollegor (Chorpita et al., 2000). Instrumentet innehåller 47 frågor som besvaras av barn (8–18 år), och det finns även en version där föräldrarna skattar. Poängsumman i de respektive sex delskalorna kan användas för att få mer information om specifika områden, men vanligare är att alla delskalor summeras. Några svenska normvärden finns inte, men flera amerikanska finns publicerade (Chorpita et al., 2015).

Enkätfrågor i Skolbarns hälsovanor

I studien Skolbarns hälsovanor, Health Behaviour in School Children, HBSC, som mäter barns hälsa vart fjärde år sedan 1985, ingår frågor om psykiska besvär. Undersökningen utförs i skolklasser och inkluderar 1 500 barn per årskull i årskurs fem, sju och nio. Urvalet görs genom att slumpmässigt valda skolor (och sedan även skolklasser) tillfrågas att delta. Enkäten innehåller frågor om, och i vilken omfattning, barnet känt sig nere, nervös eller haft svårt att somna (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Enkätfrågor i Barn-ULF

SCB:s undersökning av barns levnadsförhållanden (Barn-ULF), har genomförts sedan 2001 med barn mellan 10–18 år (sedan 2014 barn mellan 12–18 år). I undersökningen tillfrågas endast barn till de föräldrar som svarat på vuxenenkäten. Detta innebär således ett omfattande bortfall och endast en liten del av det representativa urvalet av barn kvarstår i slutändan. De specifika frågorna och svars-

alternativen om psykiska besvär har tillkommit, bytts ut, och ändrats under åren vilket innebär att tidstrender är svåra att utvärdera. Frågor om psykiska besvär som återkommit (med vissa variationer) är ifall barnet känt sig ledsen eller nere, spänd och nervös, och sovit dåligt på natten (Statistiska centralbyrån, 2019).

Unga vuxna

General Health Questionnaire

Tolvfrågorsversionen av The General Health Questionnaire, GHQ-12 är det instrument som oftast använts i folkhälsoundersökningar för att mäta psykiska besvär. GHQ-12 är utvecklat för att användas i befolkningsundersökningar och som screeninginstrument i primärvård (Goldberg et al., 1997). Innehållsmässigt ligger tyngdpunkten på depressions- och ångestsymtom, symptom som valdes då de bäst skilde mellan patienter med ett vårdbehov och friska kontrollpersoner. En egenhet i skalan är att frågorna gäller förändring från individens vanliga tillstånd – med syftet att frågorna inte skulle mäta personlighet. Skalan är primärt tänkt som screening, där träffsäkerhet för troligt psykisk sjuka prioriterats framför ett bredare spektrum av ohälsa. Instrumentet har utvecklats på vuxna, men använts från 12 år. GHQ-12 har använts i regionala svenska folkhälsoundersökningar sedan 1990, och användes i Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoundersökning Hälsa på lika villkor mellan 2004 och 2014. En kortare version med fem frågor användes i samma undersökning mellan 2016 och 2018, innan skalan ersattes 2020 på grund av att den inte längre finns fritt tillgänglig.

Kessler-skalorna

Kessler-skalorna, namngivna efter dess utvecklare Ronald C. Kessler, utvecklades som ett generellt mått på psykiska besvär för folkhälsoundersökningar (Andrews & Slade, 2001). Kessler-6 innehåller sex frågor och är en kortversion av Kessler-10 (Staples et al., 2019). I likhet med GHQ-12 baseras innehållet på symptom relate-

rade till depression och ångest, och utvecklades för att ha en bra förmåga att upptäcka dessa tillstånd. Kessler-6 har sedan 2020 ersatt GHQ i den nationella folkhälsoenkäten.

GAD-7

Ett vanligt förekommande formulär för att mäta symtom på oro och ångest är GAD-7, som utvecklades av Robert Spitzer och kollegor (Spitzer et al., 2006). Formuläret utvecklades till en början specifikt till screening för symtom på generaliserad ångest, men har visat sig fungera väl för att mäta besvär av oro och ångest mer generellt. Formuläret innehåller sju frågor, samt inkluderar även oftast en åttonde fråga vad gäller hur dessa symptom påverkat svars-personens funktion. En kortversion av formuläret, GAD-2, som innehåller de första två frågorna i formuläret har även använts som screeningsformulär för oro och ångest (Staples et al., 2019).

Patient Health Questionnaire

Patient Health Questionnaire (PHQ-9) utvecklades också av Robert Spitzer och kollegor, men i syfte att mäta depressiva symtom (Kroenke et al., 2001). Formuläret är ett av de mest använda för att mäta depressiva symtom och innehåller nio frågor. I den europeiska undersökningen EHIS har en variant med åtta frågor (PHQ-8) använts (Kroenke et al., 2009), och det finns även en kortversion av formuläret som använts för screening, PHQ-2 (Kroenke et al., 2001).

Undersökningarna om levnadsförhållanden

SCB har sedan 1975 årligen genomfört undersökningar om levnadsförhållanden (ULF). Varje undersökning baseras på ett slumpmässigt urval om cirka 7 500 individer från Sveriges befolkning mellan 16–84 år (Statistiska centralbyrån, 2021a). Sedan mitten av 1990-talet har en fråga om svår ångslan, oro eller ångest inkluderats. Denna fråga har också visat sig predicera framtida psykiatrisk slutenvård (SBU, 2005).

Nationella folkhälsoenkäten

- Hälsa på lika villkor

Den nationella folkhälsoenkäten har genomförts sedan 2004 och baserades fram till 2016 på ett slumpmässigt årligt urval om 20 000 personer i åldrarna 16–84 år. Enkäten genomförs sedan 2016 vartannat år och urvalets storlek har ökat till 40 000 personer i samma åldrar. Enkäten har förutom att inkludera GHQ (och vid det senaste tillfället Kessler-6), även inkluderat frågor om svår ångslan, oro eller ångest, samt svåra sömnbesvär (Nationella Folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor, n.d.-b).

Att mäta psykiatriska tillstånd

Hur mäts psykiatriska tillstånd hos barn och unga?

Synen på hur man ska definiera olika psykiatriska tillstånd förändras över tid, i och med att samhället förändras och forskningen går framåt. De accepterade diagnossystemen ICD och DSM, som används internationellt i stor utsträckning, står under ständig utveckling. I Sverige används ICD inom vården. Diagnoserna registreras i administrativa hälsodataregister som kan användas för att beskriva utvecklingen inom vården. ICD och DSM saknar oftast relevanta beskrivningar av barnpsykologiska problem hos späda och små barn. De har därför kompletterats av ett klassificeringssystem med åldersanpassade beskrivningar av små barns beteendeavvikelser och utvecklingsförseningar, DC 0-3 R.

ICD och DSM

I Sverige används klassifikationssystemet ICD, International Classification of Diseases, inom sjukvården för att klassificera diagnoser. ICD fastställs av WHO. I ICD ingår ett kapitel om psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar. Där listas ett hundratal olika diagnoser som till exempel depression, schizofreni och generaliserad ångest. Sedan år 1987 används

den tionde upplagan av denna klassifikation i Sverige, ICD-10, men den elfte är publicerad. Anledningen till att nya upplagor ständigt utarbetas är att kunskapsläget förändras vilket medför att diagnoser ändras eller kategoriseras på nya sätt, till exempel utifrån ökad kunskap om genetik och andra orsaker. Som stöd för att fastställa psykiatriska diagnoser används i Sverige också en diagnosmanual, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM, med kriterier som utvecklats av det amerikanska psykiatrisällskapet, American Psychiatric Association. I Sverige används år 2021 den femte upplagan av denna manual, DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

DC 0-3 R

De diagnostiska systemen DSM och ICD saknar oftast relevanta beskrivningar av barnpsykologiska problem hos späda och små barn. I detta syfte har ett klassificeringssystem med åldersanpassade beskrivningar av små barns beteendevikelser och utvecklingsförseningar utarbetats DC 0-3 R (Eppright et al., 1998). Förutom symtom hos barnet innefattar DC 0-3 R också beskrivning av symptom på störning i barn-föräldrarelationen. Sedan 2016 finns en reviderad version som täcker in barn upp till fem år (DC 05). Systemet är avsett som ett komplement till DSM- och ICD-systemen.

ICD och DSM skilde sig från början åt både vad gäller diagnoser och kriterier men överensstämmelsen har ökat för varje ny upplaga i och med att kunskaperna ökat. Fortfarande finns dock olikheter vilket avspeglar det faktum att mycket fortfarande är okänt. Det finns ingen provtagning eller röntgenundersökning man kan göra för att fastställa diagnoserna eftersom orsakerna till stor del är okända. Således är det troligt att de psykiatriska diagnoserna representerar heterogena grupper med olika bakomliggande orsaker, det vill säga inte utgör

homogena sjukdomar. Här skiljer sig psykiatriska diagnoser från kroppsliga sjukdomar som ofta är lättare att avgränsa. Jämför exempelvis med hjärtinfarkt och lunginflammation där man förutom symtomen som patienten uppvisar (bröstmärta, andningssvårigheter, hosta, feber) kan göra undersökningar (EKG, blodprover, röntgen) för att fastställa diagnosen. Detta bygger på att man känner till specifika biologiska markörer för de olika tillstånden. Omfattande forskning behövs för att förfina diagnostiken inom psykiatrin och i framtiden kunna särskilja grupper som ska ha specifik behandling.

Användning av psykiatriska diagnoser har kritiserats. Psykiatriska diagnoser uppfattas som att de skiljer mellan "normala" och "sjukliga" tillstånd trots att det handlar om kontinuum, en sammanhängande helhet av en individs hälsa och personlighet. Av omgivningen uppfattas diagnoserna ofta som objektiva trots att gränserna och kriterierna är föränderliga.

Melankoli var en ovanlig egenskap som endast var förunnat ett fåtal, ofta förknippat med konstnärssjälur i svärmod

I Sverige har idéhistorikern Karin Johannisson pekat på hur tidsbundna våra föreställningar om sjukdom är. Hon har särskilt undersökt den varierade synen på fenomen som ångest, leda och sårbarhet över olika tidsepoker (Johannisson, 2009).

Exempelvis har de tillstånd som i dag betecknas som depression fram till 1900-talets början beskrivits som olika former av melankoli. Melankoli var en ovanlig egenskap som endast var förunnat ett fåtal, ofta förknippat med konstnärssjälur i svärmod. Aristoteles skriver att melankoli är det som kan drabba de som blivit framstående inom filosofi, politik eller poesi. Dessa föreställningar ligger långt ifrån dagens beskrivning av depression som sjukdom.

Beteendeproblem bland barn kan också illustrera förändringar av uppfattningen om psykiska problem. I början av 1900-talet ansågs beteendeproblem bland barn vara uttryck för barnens moraliska brister. Femtio år senare

tillskrevs problemen brister i föräldrarnas sätt att uppfostra barn. Under de senaste 30 åren har uppfattningen om biologiska förklaringar kommit att dominera. Ett uttryck för detta är den ökade användningen av diagnosen ADHD. Förändringarna i synsätt har gått relativt snabbt och varit föremål för öppna konflikter mellan företrädare för olika synsätt (Kärfve, 2000).

Trots dessa begränsningar finns en avgörande fördel med att använda de psykiatriska diagnoserna: de grundas på fastställda, allmänt accepterade, internationellt använda kriterier som ligger till grund för behandling och forskning. Det finns inga andra sådana system och det ger ICD och DSM en stor tyngd.

Metoder för att fastställa psykiatriska diagnoser hos barn och unga inom vården

Hur ställs diagnoser inom BUP och vuxenpsykiatri?

Inom BUP som möter barn och ungdomar i åldern 0-17 år och inom vuxenpsykiatri (från 18 år) bygger diagnostiken framför allt på kliniska bedömningar och en bedömning av hur väl diagnostiska kriterier uppfylls. Även strukturerade diagnostiska intervjuer används, dessa kan bidra till att diagnoser beskrivs mer lika mellan olika bedömare, samt till att samsjuklighet upptäcks.

En grundlig barnpsykiatrisk anamnes (barnets sjukdomshistoria) är en förutsättning för diagnostiken. Systematisk bedömning med stöd av strukturerade diagnostiska intervjuer och skattningsformulär kan hjälpa behandlaren att beskriva diagnoser, symtom och funktionsnivå på ett mer standardiserat och likvärdigt sätt och fånga upp samsjuklighet. Information inhämtas från flera olika källor såsom barnet, föräldrarna och skolan samt från tidigare journaler/journalgenomgång. Informationen omfattar utveckling, uppväxtförhållanden, ärftlighet, medicinsk och psykiatrisk sjukhistoria, alkohol- och drogbruk,

nuvarande livssituation, sociala relationer och färdigheter, eventuell livsleda och risk- och skyddsfaktorer. Till de sistnämnda hör exempelvis begåvning, föräldraförmåga och nätverk. Psykisk status bedöms, men även kroppslig status som också utgör en del av den strukturerade psykiatriska diagnostiken, inte minst för att utesluta möjlig medicinsk orsak till symtomen.

Även inom vuxenpsykiatri baseras diagnostiken på kliniska bedömningar och skattning av symtom i relation till diagnostiska kriterier. En strukturerad psykiatrisk diagnostik består av både screeningsformulär, skattningsinstrument, psykisk och kroppslig status samt inhämtande av information genom samtal med patient men även via journalgenomgång och om möjligt uppgifter från anhöriga/personal.

Metoder för att fastställa psykiatriska diagnoser i en befolkning

Hur mäts förekomst av psykiatriska diagnoser i befolkningen?

För att fastställa förekomsten av psykiatriska diagnoser på befolkningsnivå kan man använda sig av enkäter som bör kombineras med intervjuer i stora urval. För att undersöka hur många som vårdas för olika diagnoser inom primärvård och specialiserad psykiatri kan man använda hälsodataregister som finns i varje region, men som saknas för primärvården på nationell nivå.

Enkäter och intervjuer

För att fastställa förekomst av psykiatriska diagnoser i en befolkning är det vanliga förfarandet att börja med att låta barn, föräldrar och/eller lärare besvara frågor som rör kriterierna för respektive diagnos i standardiserade instrument. Sådana instrument är utformade så att det preliminärt går att fastställa en diagnos, vanligen genom att ange en poängsumma för vissa specifika frågor. Metodiken kan ha



acceptabel tillförlitlighet men bör kompletteras med intervjuer för att fastställa en diagnos.

Ett exempel är Development and Well-Being Assessment, DAWBA (Goodman et al., 2000) som utvecklats av Robert Goodman, en engelsk barn- och ungdomspsykiater. Det är avsett att bedöma barn i åldern 2–17 år med syfte att fastställa diagnoser enligt ICD-10 och DSM-IV eller DSM-5. DAWBA består av ett frågeformulär till lärare, en strukturerad intervju av föräldrarna och en strukturerad intervju av barn i åldern 11–17 år. De uppgifter som samlats in från frågeformulär och intervjuer behandlas i ett datorprogram. Diagnoserna fastställs sedan av kliniker med stöd av en särskild manual. Metodiken finns tillgänglig på svenska. Diagnostik med hjälp av DAWBA har visat sig överensstämma väl med bedömningar av kliniker (Goodman et al., 2000). Ett annat exempel är Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS), som är en semistrukturerad diagnostisk intervju för barn, 6–8 år, med syfte att upptäcka förekomst eller tidigare episoder av psykiatrisk diagnos enligt kriterierna i DSM (Jarbin et al., 2017; Kaufman et al., 1997).

Ett väl beprövat intervjuinstrument som också vänder sig till vuxna är Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis I Disorders (SCID-I) som är avsett att fastställa diagnoser enligt DSM-IV. Intervjuerna genomförs av en psykiatriskt utbildad person och metoden blir därmed mer kostsam eftersom den kräver mer omfattande medverkan av kvalificerad personal. Metodiken finns tillgänglig på svenska (First et al., 1999). SCID-5 som är avsett för att ställa diagnoser enligt DSM-5 används för närvarande inte officiellt i Sverige.

Nationella patientregistret

En källa som kan användas för att beskriva antalet personer som diagnostiserats i vården för olika tillstånd är Nationella patientregistret

(NPR). Varje år rapporterar samtliga regioner i Sverige alla öppenvårds- och slutenvårds-tillfällen inom den psykiatriska vården inklusive uppgifter om diagnoser enligt ICD-10 till Socialstyrelsen. För slutenvården är täckningen god från år 1973 (Socialstyrelsen, 2021a) och för öppenvården sedan år 2006 för vuxna och år 2011 för barn och ungdomar (Wicks & Dalman, 2021). En begränsning är att endast läkarbesök registreras och inte besök hos andra personalkategorier, till exempel psykologer och kuratorer. Eftersom barn och unga med psykiska besvär och flera psykiatriska tillstånd i allt högre grad tas omhand av dessa personalgrupper ger NPR inte en heltäckande bild av vården. En allvarlig brist är att primärvården inte registreras i detta register. En allt större andel av vården för psykiska besvär och psykiatriska tillstånd sker inom primärvården exempelvis för depression och ångest bland vuxna. På regional nivå finns mer heltäckande registrering av både besök i primärvården och hos andra personalkategorier än läkare.

Eftersom många med psykiatriska tillstånd inte kommer till vården och därmed inte diagnostiseras kan inte NPR användas för att beskriva den sanna förekomsten av olika tillstånd. Enligt beräkningar söker mellan 40–60 procent av deprimerade personer inte vård, därför kan sjukvårdens register inte användas för att mäta förekomst av denna diagnosgrupp (Wallerblad et al., 2012). Uppgifterna i NPR kan dock användas för att skatta förekomst av allvarliga tillstånd som i hög grad behandlas av vården och även slutenvårdas, såsom psykossjukdomar.

För närvarande pågår ett utvecklingsarbete för att knyta samman och utveckla information om den barn- och ungdomspsykiatriska vården i Sverige. Projektet, kallat Q-BUP, är en del av det nationella kvalitetsregisterarbetet. Q-BUP är ett övergripande register för all barn- och ungdomspsykiatrisk vård, med syfte att stödja utvecklingsarbete samt säkra en bra och jämlik

vård i landet. Det har varit svårt att få alla barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter att registrera i kvalitetsregistret varför täckningsgraden är låg (cirka 30 procent av alla patienter är registrerade)

Andra exempel på nationella kvalitetsregister (som inkluderar både vård av barn och vuxna) med syfte att stödja utvecklingsarbete och stärka förutsättningarna för att den specifika patientgruppen ska få en så bra och jämlik vård som möjligt i landet är; 'Bättre Beroendevård' som samlar data om vården för alkohol- och/eller narkotikaberoende, 'Bipolär' som samlar data om vård för bipolär sjukdom, 'PsykosR' som samlar data om psykosvården och 'Riksät' som samlar data om åtstörningsvården.

ca 40–60% av alla deprimerade personer söker inte vård

Förekomst av psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd

Inledning

Hur mår svenska barn och ungdomar?

Välgjorda studier, baserade på vedertagna instrument för att mäta förekomst av psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd i Sverige är sällsynta. Däremot finns studier som inkluderar enskilda frågor av varierande karaktär. Det ger möjlighet att följa utvecklingen över tid.

Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd skattas med hjälp av enstaka frågor i frågeformulär som de unga får besvara, med en uppsättning särskilt utprovade frågor i ett frågeinstrument, eller vid personliga intervjuer med en psykolog eller en läkare. Ofta inkluderas enstaka frågor om psykisk hälsa i undersökningar som täcker ett flertal andra områden inom folkhälsa. Svar på en enda fråga ger dock osäkra resultat. Säkerheten ökar om de unga får svara på en uppsättning frågor om samma fenomen där man med statistiska metoder visat att frågorna avspeglar samma fenomen. Sådana undersökningar blir dock mer kostsamma eftersom det då finns mindre möjlighet att samtidigt undersöka andra frågor. Individuella samtal med en psykolog eller en läkare som använder en fastställd metod ökar säkerheten men det ökar även kostnaden vilket gör att metoden sällan används.

Nationellt representativa studier som följer utvecklingen över tid av psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd med hjälp av vedertagna mätinstrument saknas helt.

Det som finns är studier som inkluderar enskilda frågor av varierande karaktär vid upprepade tillfällen. Det finns också lokalt genomförda undersökningar med vedertagna mätinstrument som genomförts vid enstaka tillfällen. I det följande redovisas resultat från nationella studier.

Förekomst av psykiskt välbefinnande

Hur vanligt är psykiskt välbefinnande bland barn och unga?

Som svar på enstaka frågor anger de flesta ungdomar i Sverige att deras psykiska välbefinnande är gott. Andelen som anger gott välbefinnande är lägre i Sverige jämfört med andelen i andra höginkomstländer. Från studier är det känt att då vedertagna mätinstrument används är andelen som anger ett blomstrande psykiskt välbefinnande betydligt lägre (Ersberg et al., 2020).

Fyra svenska undersökningar inkluderar frågor om psykiskt välbefinnande: Barn-Ulf, Ulf/SILC, Skolbarns hälsa och hälsovanor och Hälsa på lika villkor. Dessa undersökningar beskrivs nedan och resultaten sammanfattas i Tabell 1.

Vara på bra humör eller nöjd med sig själv

SCB genomför sedan 2008/09 nationella undersökningar om levnadsförhållanden för barn i åldern 12/13–18 år som kallas Barn-ULF (Statistiska centralbyrån, 2021b). Fram till 2014 insamlades även uppgifter om åldersgruppen 10–12 år.

Vid den senast publicerade undersökningen

2018/19 angav 95 procent av barn i ålder 12–18 år att de var på bra humör ganska ofta eller för det mesta. Det har inte skett några statistiskt säkerställda förändringar sedan 2008/09. Vid den senaste undersökningen angav något färre flickor, 92 procent, att de var på bra humör, jämfört med pojkarna. Det var också något färre barn som svarade jakande i hushåll med ensamstående föräldrar (90 procent) jämfört med sammanboende, och något färre andel barn som bodde i medelstora städer och pendlingskommuner (92 procent) jämfört med storstäder och övriga kommuner. Föräldrarnas utbildningsnivå och föräldrarnas bakgrund (svensk eller utländsk) förefaller inte ha någon väsentlig betydelse för barnens svar.

I undersökningen finns också en fråga om barnen är nöjda med sig själva, ganska ofta eller för det mesta. Andelen som svarar jakande har förändrats obetydligt, från 85 procent 2014/15 till 88 procent 2018/19.

Undersökningen genomförs i anslutning till en undersökning av slumpvis utvalda vuxna individers levnadsförhållanden (ULF/SILC). Alla barn i de vuxnas hushåll inbjuds att delta. Det samlande bortfallet är mycket stort och var 2018 72 procent. Detta medför en osäkerhet eftersom de barn och vuxna som väljer att delta kan skilja sig från genomsnittet. SCB har med statistiska metoder sökt kompensera för denna brist men osäkerhet kvarstår.

Tillfredsställelse med livet

Studien Skolbarns hälsa och hälsovanor samordnas av WHO och omfattar 11-, 13- och 15-åringar. De svenska resultaten presenteras av Folkhälsomyndigheten. Studien genomförs i Sverige vart fjärde år sedan 1985. I studien finns en fråga om tillfredsställelse med livet där barnen får ge svar på en 11-gradig skala. Vid den senaste undersökningen 2017/18 deltog 45 länder (Inchley et al., 2020). Barn i Sverige anger lägre livstillfredsställelse jämfört

med barn i övriga länder med 7,9 poäng vid 11 års ålder jämfört med ett genomsnitt om 8,3 poäng. Även vid 13 och 15 års ålder ligger de svenska barnens tillfredsställelse under genomsnittet.

I den svenska rapporten om studien klassificeras svar med 6 poäng eller mer som hög livstillfredsställelse. Under perioden 2001/02–2017/18 sker inga väsentliga förändringar i någon av de tre åldersgrupperna (Folkhälsomyndigheten, 2019).

En sammanställning av utvecklingen i de nordiska länderna har publicerats (Due et al., 2019). I denna studie särskiljs gruppen unga med hög livstillfredsställelse som de som angivit de två högsta värdena på den 11-gradiga skalan. Vid undersökningen 2014 anger svenska barn den lägsta andelen med hög livstillfredsställelse jämfört med övriga nordiska länder. Det finns inga tydliga trender över tid under perioden 2002–2014.

Warwick Edinburgh Well-being Scale

Vid WHO-undersökningen 2017/18 fick 15-åringarna även besvara en kortversion med sju frågor hämtade från frågeinstrument Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) som mäter både psykisk och socialt välbefinnande och social funktion (Tennant et al., 2007). Bland 15-åringarna uppger 66 procent av flickorna och 85 procent av pojkarna att de har ett högt eller mycket högt välbefinnande. Lågt välbefinnande är vanligare bland flickor, 7 procent, jämfört med 2 procent bland pojkarna. I denna undersökning finns även tre frågor om självkänsla där 61 procent av flickorna och 84 procent av pojkarna anger att de tycker om sig själva. I studien ingår även två frågor om tilltro till den egna förmågan. De flesta anser att de alltid eller vanligtvis hittar lösningar på problem om de försöker tillräckligt mycket, 81 procent av flickorna och 87 procent av pojkarna.



**Barn i Sverige
anger lägre livstill-
fredsställelse än
barn i övriga länder**

Psykiskt välbefinnande

Sedan 2004 genomför Folkhälsomyndigheten en nationell folkhälsoenkät, Hälsa på lika villkor, som inkluderar åldersgruppen 16–29 år (Nationella Folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor, 2021). Sedan år 2018 ingår en fråga om psykiskt välbefinnande. År 2020 uppgav 81 procent gott psykiskt välbefinnande och 13 procent mycket gott psykiskt välbefinnande.

God hälsa

I SCB:s undersökning av vuxna, ULF/SILC, ingår en fråga om hälsan är god (Statistiska centralbyrån, 2021c). I åldern 16–24 år angav 2018/19 86 procent att så var fallet. År 2008/09 var andelen något högre, 92 procent. Undersökningen saknar frågor om psykiskt välbefinnande.

Tabell 1 Översikt över svenska nationella undersökningar av enskilda aspekter av psykiskt välbefinnande

Källa	Ålder	Mått	Förekomst (år)	Trend (år)
Barn-ULF	12–18 år	Ofta på bra humör	95% (2018/19)	Oförändrat (2008/9–2018/19)
Barn-ULF	12–18 år	Nöjd med sig själv	88% (2018/19)	Oförändrat (2008/9–2018/19)
ULF/SILC	16–24 år	God hälsa	86% (2018/19)	Oförändrat (2008/9–2018/19)
Skolbarns hälsa och hälsovanor	11–15 år	Hög tillfredställelse med livet	86% (2017/18)	Oförändrat (2001/02–2017/18)
Skolbarns hälsa och hälsovanor	15 år	Högt välbefinnande (14 frågor)	76% (2017/18)	-
Hälsa på lika villkor	16–29 år	Gott psykiskt välbefinnande	94% (2020)	-

Förekomst av psykiska besvär

Hur vanligt är psykiska besvär bland barn, ungdomar och unga vuxna?

Psykiska besvär bland barn, ungdomar och unga vuxna tycks ha ökat de senaste 20–30 åren, med en tydligare ökning under 1990-talet men framför allt de senaste tio åren.

I Sverige har det genomförts befolkningsstudier där representativa grupper av barn, ungdomar och unga vuxna från hela landet tillfrågats om olika former av psykiska besvär. Ofta har olika former av psykiska besvär mätts med enstaka frågor eller påståenden, antingen via enkäter eller med hjälp av intervjuer. Dessa befolknings-

studier har gjorts vid upprepade tillfällen, vilket gör det möjligt att undersöka tidstrender. För att mäta mångfacetterade begrepp som till exempel generella psykiska besvär kan det vara värdefullt att använda validerade skattningsskalor (som innehåller fler än en fråga). I Sverige finns enstaka exempel på studier där sådana skalor använts, vilket redovisas nedan.

Utifrån de senaste tillgängliga rapporterna från dessa befolkningsstudier beskrivs självskattade psykiska besvär vara vanliga. Exempelvis anger Folkhälsomyndighetens rapport Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 att nästan 40 procent av flickor och 20 procent av pojkar mellan 11–15 år har känt sig nere mer än en gång

i veckan de senaste sex månaderna (Folkhälsomyndigheten, 2019). Folkhälsomyndigheten rapporterar att så många som 66 procent av unga kvinnor och 42 procent av unga män har åtminstone lätta besvär/symptom vad gäller ångslan, oro eller ångest. Att ha lätta besvär verkar alltså i dessa åldersgrupper gälla de flesta, och man kan därmed ifrågasätta om sådana besvär på ett bra sätt representerar psykiska besvär. Det är problematiskt att det saknas en avgränsning mellan betydande besvär och lätta besvär. I den modell för området som utformats av de statliga myndigheterna 2020 (Socialstyrelsen et al., 2020) och som återges i figur 1 saknas en sådan avgränsning. Att definiera hur ofta ett symptom förekommer, eller hur allvarligt det är, för att det ska räknas som ett psykiskt besvär är inte enkelt. Nyligen gjorda studier från Linköpings universitet har även lyft att sådana symptom (till exempel ”att känna sig nere”) representerar vardagliga problem för vissa unga, medan det representerar allvarliga problem för andra (Wickström & Kvist-Lindholm, 2020). I denna rapport har vi valt att beskriva hur många barn och ungdomar som rapporterar

mer frekventa symptom (det vill säga ”ungefär/i princip varje dag”) samt hur stor andel unga vuxna som rapporterar att de har stora besvär.

Barn och ungdomar

Nedstämdhet

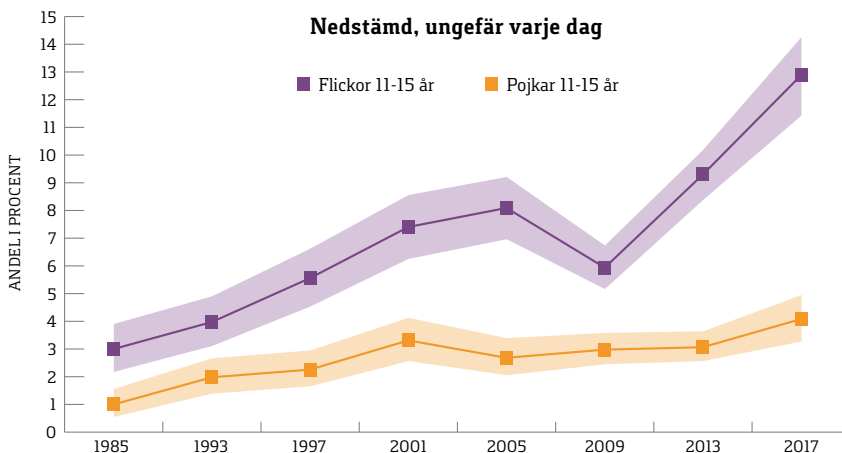
I den internationella undersökningen Skolbarns hälsovanor ingår en fråga om nedstämdhet. Undersökningen samordnas av WHO och presenteras av Folkhälsomyndigheten (Folkhälsomyndigheten, 2019). Eftersom den har genomförts vart fjärde år sedan 1985 finns möjlighet att klargöra trender över tid.

Figur 1 visar andelen pojkar och flickor mellan 11–15 år som rapporterar att de ungefär varje dag känt sig nere (undersökningar från 1985 till 2017). Skuggade

områden visar osäkerheten för att resultatet ska kunna tolkas som ett representativt resultat för befolkningen. För flickor 11–15 år ses en trefaldig ökning sedan 1985. Andelen verkar ha ökat som mest efter 2009, men också i viss mån under 1990-talet. Vad gäller nedstämdhet för pojkar ses en ungefär lika stor ökning (relativt) men från en betydligt lägre nivå.



Trefaldig ökning av nedstämdhet för 11-15 åringar



Figur 2. Diagrammet visar hur stor andel av pojkar och flickor (11-15 år) som har uppgett att de har känt sig nere ungefär varje dag under de senaste sex månaderna under perioden 1985/86 till 2017/18. (För underliggande data, se bilaga 1, tabell 1).

Studien Skolbarns hälsovanor medger också internationella jämförelser eftersom barn i 43 andra länder har lämnat jämförbara uppgifter 2017/18 (Inchley et al., 2020). En sådan jämförelse visar att det är en högre andel barn i Sverige som anger nedstämdhet jämfört med barn i de andra nordiska länderna. Andelen flickor i Sverige med nedstämdhet är högre än i 37 av de andra europeiska länderna i undersökningen. Andelen pojkar med nedstämdhet ligger nära genomsnittet i Europa (bilaga 1, tabell 3).

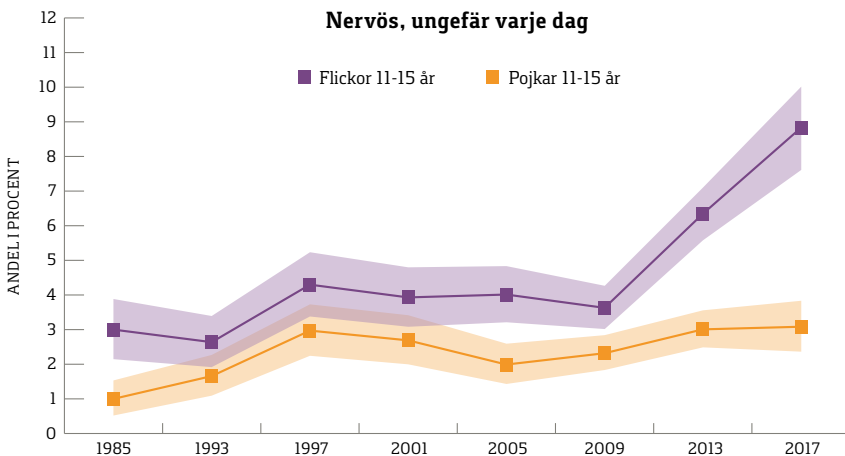
Även Barn-ULF har genomförts vid upprepade tillfällen. Tyvärr är det ändå inte möjligt att på ett tillförlitligt sätt undersöka tidstrender i denna undersökning, eftersom både frågor och svarsalternativ har ändrats ett flertal gånger sedan undersökningarna startade. Resultaten från Barn-ULF baseras också på ett litet urval, på grund av ett mycket stort bortfall, vilket leder till stor osäkerhet kring hur representativa resultaten är. I de senaste undersökningarna har till exempel bortfallet varit över 70 procent

Andelen flickor som känner sig nervösa varje dag har fördubblats

(Statistiska centralbyrån, 2019). De senast publicerade resultaten från Barn-ULF avser åren 2018 till 2019 (Statistiska centralbyrån, 2021d). Andelen barn i åldrarna 12–18 år som rapporterar att de ganska ofta/för det mesta var ledsna eller nere var 19 procent för flickor och 5 procent för pojkar (bilaga 1, tabell 2).

Nervositet

I den internationella undersökningen Skolbarns hälsovanor ingår också en fråga om nervositet. Figur 3 visar andelen flickor och pojkar mellan 11–15 år som rapporterar att de ungefär varje dag känt sig nervösa (undersökningar från 1985 till 2017). För flickor verkar andelen som angav att de var nervösa ungefär varje dag legat relativt stabilt fram till år 2009, förutom en viss ökning under 1990-talet, men har därefter ökat kraftigt och mer än dubblats fram till år 2017. För pojkar ser tidstrenden annorlunda ut. Andelen har i stort sett legat stabilt sedan 1997, men har över hela observationsperioden mer än dubblats.



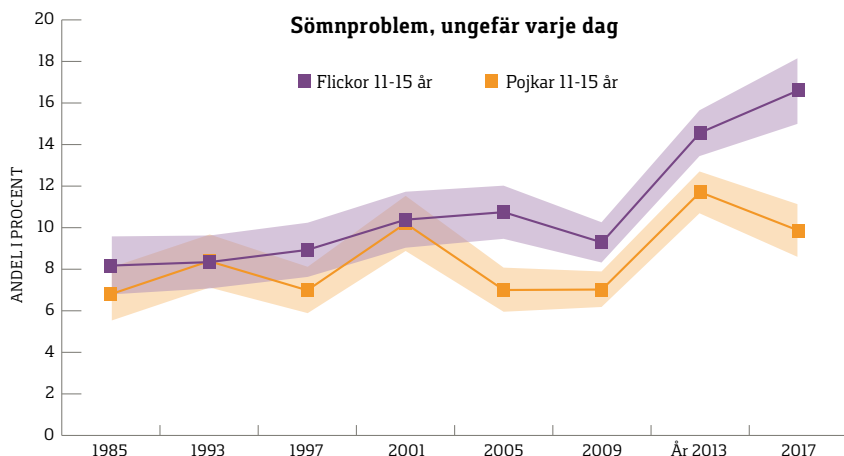
Figur 3. Diagrammet visar hur stor andel av pojkar och flickor (11-15 år) som har uppgett att de varit nervösa ungefär varje dag under de senaste sex månaderna under perioden 1985/86 till 2017/18. (För underliggande data, se bilaga 1, tabell 1).

Jämfört med de andra 43 europeiska länderna är andelen flickor och pojkar i linje med de nordiska länderna, och strax under genomsnittet i hela Europa (bilaga 1, tabell 3).

I de senast publicerade resultaten från Barn-ULF (2017/18) rapporterade 28 procent av flickor och 15 procent av pojkar i åldrarna 12–18 år att de ganska ofta/för det mesta var spända och nervösa (bilaga 1, tabell 2).

Sömnproblem

I undersökningen Skolbarns hälsovanor ingår också en fråga om sömnproblem. Figur 4 visar andelen flickor och pojkar mellan 11–15 år som rapporterar att de ungefär varje dag haft sömnproblem (undersökningar från 1985 till 2017). Andelen flickor 11–15 år som angav sömnproblem ungefär varje dag ser ut att ha legat stabilt mellan 1985 och 2009, men därefter ökat kraftigt fram till 2017. För pojkar har andelen varit mer fluktuerande över undersökningsåren, men en sammantaget mindre ökning verkar ha skett från 1985 till 2017.



Figur 4. Diagrammet visar hur stor andel av pojkar och flickor (11-15 år) som har uppgett att de haft sömnproblem ungefär varje dag under de senaste sex månaderna under perioden 1985/86 till 2017/18. (För underliggande data, se bilaga 1, tabell 1).

I jämförelse med andra europeiska länder är det vanligare med sömnproblem för barn i Sverige. Andelen flickor i Sverige med sömnproblem är högre än i 39 av de 43 andra europeiska länderna i undersökningen. Detsamma gäller för pojkar (högre andel med sömnproblem än i 37 av de andra europeiska länderna, bilaga 1, tabell 3).

I de senast publicerade resultaten från Barn-ULF (2017/18) rapporterade 26 procent av flickor och 22 procent av pojkar i åldrarna 12–18 år att de sov dåligt på natten minst en gång i veckan.

17%
+

av flickor 11-15 år uppger att de haft sömnproblem ungefär varje dag

Generella psykiska besvär

I Sverige genomfördes hösten 2009 en totalundersökning av årskurserna sex och nio, kallad Grodan. I den ingick cirka 172 000 elever i cirka 3 200 skolor. Socialstyrelsen har presenterat resultaten utifrån frågeinstrumentet SDQ från undersökningen. Vid ett tröskelvärde på 17 eller mer (av 40 möjliga) var det 7,4 procent av flickorna och 6,4 procent av pojkarna i årskurs nio som visade symtom. För de yngre barnen i årskurs sex var det 3,6 procent som hade symtom, utan könsskillnader (Gustavsson et al., 2012).

Som del i den nordiska NordChild Study genomfördes i Sverige år 2011 en nationell slumpmässig postenkät till föräldrar till barn i åldrarna 2–17 år (1 461 svarande, 45,5 procent deltagande) där också instrumentet SDQ ingick (Köhler, 2019). För denna rapport har vi beräknat besvär i NordChild Study med korrigering för bortfall. Andelen flickor med en problemsumma på 17 poäng eller mer var 3,6 procent och andelen för pojkar 4,3 procent. För nästan alla, 91 procent, av de barn som enligt föräldrarna hade åtminstone små svårigheter, hade dessa funnits åtminstone en månad. För majoriteten, 68 procent, hade de funnits längre än ett år. Totalt 4,3 procent av föräldrarna skattade att barnen hade klara till allvarliga svårigheter med känslor, koncentration, beteenden eller att umgås med människor. Utifrån ett summaindex (0–10) av svårare konsekvenser hos barnet i form av lidande respektive påverkan på vardagsliv (vardagsliv, kamrater, skolarbete/lärande och fritidsaktiviteter) uppfyllde hela 6,5 procent av barnen åtminstone två poäng. En liknande andel av föräldrarna instämde ganska mycket eller väldigt mycket i att barnens svårigheter blivit en belastning för dem som föräldrar eller för familjen.

År 2013–2014 genomfördes KUPOL-studien, där man undersökte psykiska besvär enligt SDQ hos flickor och pojkar i årskurs sju. Samtliga 545 skolor (med fler än 20 elever i årskurs sju) från åtta regioner i Sverige tillfrågades att delta, varav cirka 20 procent av skolorna tackade ja till att delta i studien. Trots stort bortfall var de deltagande skolorna i hög grad representativa för samtliga skolor. Även inom skolor var bortfallet stort, och endast cirka 30 procent av eleverna samtyckte till att delta. Utifrån elevernas egna skattningar enligt SDQ, hade 7,2 procent av flickorna och 2,7 procent av pojkarna en SDQ-poäng på 20 eller mer. Enligt föräldraskattningar fanns inga nämnvärda skillnader mellan flickor och pojkar, utan 4,3 procent av flickorna och 4,8 procent av pojkarna hade ett värde på 17 poäng eller mer (Galanti et al., 2016).

Unga vuxna

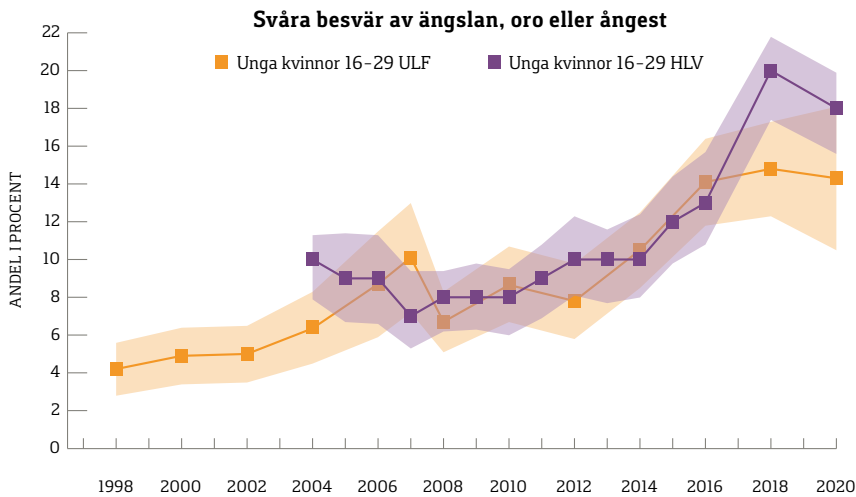
Nedstämdhet

Folkhälsomyndigheten har i uppgift att genomföra intervjuer i den stora europeiska undersökningen European Health Interview Survey (EHIS). Sverige har deltagit i denna undersökning vid två tillfällen, 2014/15 och 2019/20. Undersökningen innehåller det etablerade instrumentet PHQ-8 som avser mäta depressiva besvär. Med det tröskelvärde som anses fånga psykiska besvär i paritet med en lindrig depression (som ej uppfyller kriterierna för en egentlig depression i psykiatrisk mening) bedömdes 15 procent av unga kvinnor i Sverige (15–29 år) och cirka nio procent av unga män lida av lindrig depression år 2014/15. Dessa andelar var de högsta bland alla 27 länder som deltog i undersökningen för den aktuella åldersgruppen. Resultat för den senaste undersökningen har inte ännu publicerats (bilaga 1, tabell 5).

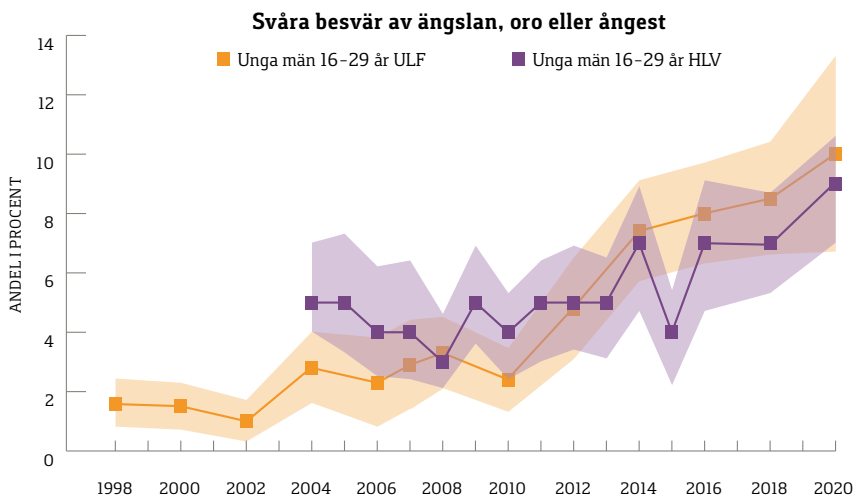
Ängslan, oro eller ångest

Varje år (sedan 1980) genomför SCB en undersökning om levnadsförhållanden (ULF) för personer från 16 år och uppåt. Sedan 2004 har även Folkhälsomyndigheten genomfört den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor (HLV). Båda undersökningarna innehåller en fråga om svår ängslan, oro eller ångest. För unga vuxna (16–29 år) har svår ängslan, oro och ångest ökat trefaldigt sedan millennieskiftet för unga kvinnor (se figur 5) och relativt mer för unga män (se figur 6). Som figurerna visar är resultaten likvärdiga i de båda undersökningarna (om man tar hänsyn till den osäkerhet som finns i respektive undersökning) vilket stärker resultatets tillförlitlighet.





Figur 5. Diagrammet visar hur stor andel av unga kvinnor (16-29 år) som har uppgett att de haft svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, för undersökningar under perioden 1998 till 2020. (För underliggande data, se bilaga 1, tabell 4).

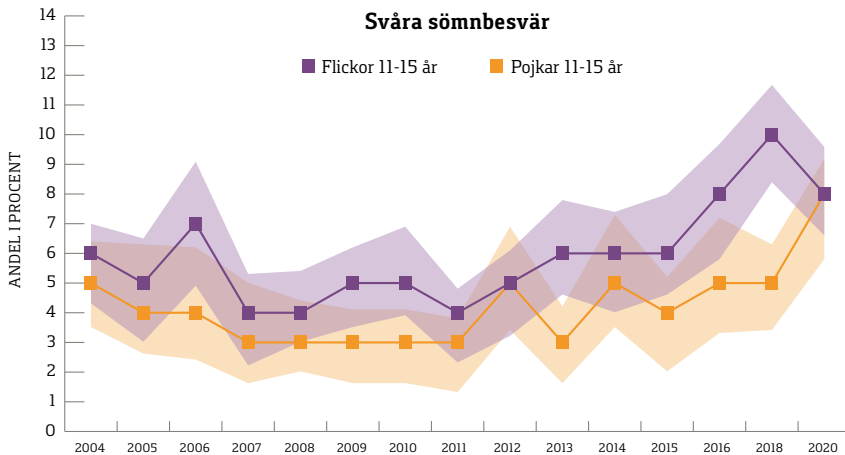


Figur 6. Diagrammet visar hur stor andel av unga män (16-29 år) som har uppgett att de haft svår ängslan, oro eller ångest, för undersökningar under perioden 1998 till 2020. (För underliggande data, se bilaga 1, tabell 4).

Sömnbesvär

Undersökningen Hälsa på lika villkor har sedan 2004 innehållit en fråga om svåra sömnbesvär. Andelen unga kvinnor och män som anger stora

sömnbesvär tycks endast ha ökat marginellt sedan mätningarna startade 2004. Eventuellt har en viss ökning skett under de senaste tio åren (se figur 7).



Figur 7. Diagrammet visar hur stor andel av unga kvinnor och män (16–29 år) som har uppgett att de haft svåra sömnproblem, för undersökningar under perioden 2004 till 2020. (För underliggande data, se bilaga 1, tabell 4).

Generella psykiska besvär

Mellan 2004 och 2018 skattades i Hälsa på lika villkor andelen i befolkningen som hade höga värden enligt frågeinstrumentet GHQ-5. Under denna period var andelen 16–29-åriga kvinnor med tre eller fler psykiska problem mellan 21–33 procent. För män i samma ålder var andelen mellan 10 och 19 procent. Andelen med höga värden har legat relativt stabilt sedan mätningarna startade, men en viss ökning har skett de senaste tio åren (bilaga 1, tabell 4).

Från 2020 skattas i Hälsa på lika villkor andelen i befolkningen med psykiatriska besvär utifrån instrumentet Kessler-6. En summapoäng på 13 eller mer, vilket är det rekommenderade värdet för att screena för psykisk sjukdom, finns redovisade på Folkhälsomyndighetens hemsida. För kvinnor i åldrarna 16–29 år var andelen 15 procent och för män i samma ålder 11 procent.

Tabell 2 Översikt över svenska nationella undersökningar av olika aspekter av psykiska besvär för flickor och unga kvinnor

<i>Källa</i>	<i>Ålder</i>	<i>Mått</i>	<i>Förekomst (år)</i>	<i>Trend (år)</i>
<i>Skolbarns hälsovanor</i>	<i>11–15 år</i>	<i>Känt sig nere ungefär varje dag</i>	<i>13% (2017)</i>	<i>Kraftig ökning (1985 – 2017)</i>
<i>Barn-ULF</i>	<i>12–18 år</i>	<i>Ganska ofta/för det mesta ledsen eller nere</i>	<i>19% (2018/19)</i>	<i>Svårbedömt utifrån förändrade frågor och svarsalternativ</i>
<i>Skolbarns hälsovanor</i>	<i>11–15 år</i>	<i>Känt sig nervös ungefär varje dag</i>	<i>9% (2017)</i>	<i>Kraftig ökning (1985 – 2017)</i>
<i>Barn-ULF</i>	<i>12–18 år</i>	<i>Ganska ofta/för det mesta spänd och nervös</i>	<i>28% (2018/19)</i>	<i>Svårbedömt utifrån förändrade frågor och svarsalternativ</i>
<i>Skolbarns hälsovanor</i>	<i>11–15 år</i>	<i>Haft sömnproblem ungefär varje dag</i>	<i>17% (2017)</i>	<i>Ökning (1985 – 2017)</i>
<i>European Health Interview Survey</i>	<i>15–29 år</i>	<i>Depressiva besvär</i>	<i>15% (2015)</i>	<i>Inga tidigare undersökningar</i>
<i>Hälsa på lika villkor</i>	<i>16–29 år</i>	<i>Svår ångslan, oro, ångest</i>	<i>18% (2020)</i>	<i>Ökning (2004 – 2020)</i>
<i>ULF</i>	<i>16–29 år</i>	<i>Svår ångslan, oro, ångest</i>	<i>14% (2020)</i>	<i>Kraftig ökning (1998–2020)</i>
<i>Hälsa på lika villkor</i>	<i>16–29 år</i>	<i>Svåra sömnbesvär</i>	<i>8% (2020)</i>	<i>Relativt oförändrat, viss ökning senaste 10 åren (2004 – 2020)</i>
<i>Hälsa på lika villkor</i>	<i>16–29 år</i>	<i>Generella psykiska besvär</i>	<i>33% (2020)</i>	<i>Relativt oförändrat, viss ökning senaste 10 åren (2004 – 2020)</i>

Tabell 3 Översikt över svenska nationella undersökningar av olika aspekter av psykiska besvär för pojkar och unga män

<i>Källa</i>	<i>Ålder</i>	<i>Mått</i>	<i>Förekomst (år)</i>	<i>Trend (år)</i>
<i>Skolbarns hälsovanor</i>	<i>11–15 år</i>	<i>Känt sig nere ungefär varje dag</i>	<i>4% (2017)</i>	<i>Kraftig ökning (1985 – 2017)</i>
<i>Barn-ULF</i>	<i>12–18 år</i>	<i>Ganska ofta/för det mesta ledsen eller nere</i>	<i>5% (2018/19)</i>	<i>Svårbedömt utifrån förändrade frågor och svarsalternativ</i>
<i>Skolbarns hälsovanor</i>	<i>11–15 år</i>	<i>Känt sig nervös ungefär varje dag</i>	<i>3% (2017)</i>	<i>Ökning (1985 – 2017)</i>
<i>Barn-ULF</i>	<i>12–18 år</i>	<i>Ganska ofta/för det mesta spänd och nervös</i>	<i>15% (2018/19)</i>	<i>Svårbedömt utifrån förändrade frågor och svarsalternativ</i>
<i>Skolbarns hälsovanor</i>	<i>11–15 år</i>	<i>Haft sömnproblem ungefär varje dag</i>	<i>10% (2017)</i>	<i>Viss ökning (1985 – 2017)</i>
<i>European Health Interview Survey</i>	<i>15–29 år</i>	<i>Depressiva besvär</i>	<i>9% (2015)</i>	<i>Inga tidigare undersökningar</i>
<i>Hälsa på lika villkor</i>	<i>16–29 år</i>	<i>Svår ångslan, oro, ångest</i>	<i>9% (2020)</i>	<i>Ökning (1998 – 2020)</i>
<i>ULF</i>	<i>16–29 år</i>	<i>Svår ångslan, oro, ångest</i>	<i>10% (2020)</i>	<i>Kraftig ökning (1998 – 2020)</i>
<i>Hälsa på lika villkor</i>	<i>16–29 år</i>	<i>Svåra sömnbesvär</i>	<i>8% (2020)</i>	<i>Relativt oförändrat, viss ökning senaste 10 åren (2004 – 2020)</i>
<i>Hälsa på lika villkor</i>	<i>16–29 år</i>	<i>Generella psykiska besvär</i>	<i>19% (2020)</i>	<i>Relativt oförändrat, viss ökning senaste 10 åren (2004 – 2020)</i>

Förekomst av psykiatriska tillstånd

Hur vanliga är psykiatriska tillstånd hos barn och unga?

Väl genomförda studier som undersöker verklig förekomst av psykiatriska tillstånd och vårdbehov bland barn och unga är ytterligt sällsynta i Sverige. Uppgifter om förekomst och utveckling över tid baseras därför till stor del på utländska studier. På grund av detta är det svårt att bedöma om dolda vårdbehov för psykiatriska tillstånd fortfarande föreligger bland barn och unga. En grov skattning utifrån forskningsstudier är att under ett års tid är det 10-15 procent av barn och ungdomar (Polanczyk et al., 2015) och 15-20 procent av unga vuxna (Gustavson et al., 2018, Witchen et al 1998) som har ett psykiatriskt tillstånd. Detta överstiger andelen vårdade i dessa åldersgrupper och kan tyda på fortsatta dolda vårdbehov. Stöd finns exempelvis för att barn med depression och ångest inte får den vård de kan vara i behov av.

I det följande presenteras resultat om förekomst av olika psykiatriska tillstånd bland barn och unga från populationsbaserade studier med fokus på det fåtal studier som finns från Sverige och stora meta-analyser av internationella studier. I första hand har vi prioriterat studier som inte bara baseras på enkäter utan där man också utfört kliniska intervjuer. Även studier baserade på svenska värddata har inkluderats. När kunskapsläget varit bristfälligt har vi beskrivit välgjorda studier från andra länder exempelvis vad gäller förekomst av ångesttillstånd. Studierna har identifierats med hjälp av litteratursökningar i databasen PubMed mellan åren 1999 och 2020, kompletterat med sökningar i databasen Google Scholar.

För de vanligaste tillstånden depression, ångest och ADHD presenteras dessutom data om förekomst över tid från Global Burden of

Disease-studien (GBD) samt förekomst av diagnoser från vården. Data om förekomst baserade på både GBD och vårdkonsumtion är framtagna utifrån överensstämmande ICD-diagnoser (se bilaga 2). Jämförelser mellan vårdkonsumtion för psykiatriska tillstånd (det vill säga diagnostiserade tillstånd) och mått på förekomst baserade på sammanvägningar av epidemiologiska forskningsstudier i GBD, kan tillsammans ge oss ledtrådar om verklig förekomst, och (icke) tillgodosedda vårdbehov över tid. Jämförelsen täcker åren 2011–2019 i Stockholm län av den anledningen att bra vård-data finns tillgängliga från Region Stockholm och GBD-data för denna tidsperiod.

Global Burden of Disease-studien

Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME), vid University of Washington i USA har sammanställt resultat från epidemiologiska forskningsstudier från 195 länder för perioden 1990 till 2019 i en studie som kallas den Globala Sjukdomsbördestudien (GBD). Eftersom antalet studier om psykiatriska tillstånd

från Sverige och andra länder är mycket

begränsat, uppväger GBD-studien detta genom att resultat från andra länder

extrapoleras genom en algoritm, bland

annat för att kunna presentera uppgifter för olika diagnoser och åldersgrupper, trots att studier inte har publicerats i ett specifikt land, för ett visst år, eller specifika åldrar.

GBD är ett ambitiöst projekt som erbjuder den hitintills bästa informationen om förekomst och sjukdomsbörda i olika länder. En tydlig begränsning är dock att det är mycket kostsamt och tidskrävande att utföra de studier som utgör underlag till GBD-studien. Detta medför att underlagsstudierna när de väl publiceras beskriver situationen ett antal år bakåt i tiden. GBD-studien kompenserar dock detta genom extrapoleringar. Förutom detta blir antalet studier som beräkningarna grundar sig på begränsat och därmed blir precisionen i informationen osäker. För ytterligare information



studier från 195 länder

om inkluderade studier från Sverige och övriga Europa se Bilaga 2.

Psykiatrisk vårdkonsumtion

Vårdkonsumtion kan användas som en indikator på förekomst av olika tillstånd. Detta mått har tydliga begränsningar eftersom det bygger på att personer måste söka och erhålla vård. Mörkertalen är stora och forskning har visat att endast 40–60 procent av alla personer med depression erhåller vård (Wallerblad et al., 2012). För allvarliga tillstånd som exempelvis schizofreni söker dock merparten vård varför vårddata väl avspeglar förekomsten av dessa tillstånd. En fördel med vårdkonsumtionsdata är att de är uppdaterade och avspeglar den senaste utvecklingen vad gäller upplevda vårdbehov.

I Region Stockholm finns lokala vårdregister med användbara data från år 2002 för såväl sluten som öppen vuxenpsykiatrisk vård. Diagnos finns registrerad från år 2006 för vuxenpsykiatri och från 2011 för barn- och ungdomspsykiatri. Även besök till andra personalkategorier än läkare registreras. Här finns även besök inom primärvården. Dessa data lämpar sig således väl för att följa diagnosticerade psykiatriska tillstånd. För information om diagnoskoder se Bilaga 3.

Depression

Det har gjorts endast en populationsbaserad studie av svenska tonåringar där båda könen är inkluderade och där såväl frågeformulär som kliniska intervjuer ingår. Studien gjordes av Olsson och medarbetare på 16- och 17-åringar i två steg (Olsson & von Knorring, 1999). Först fick alla ungdomar besvara två frågeinstrument, BDI och CES-DC. Ungdomar med svars-mönster som tydde på risk för depression, vilket tolv procent av deltagarna hade, intervjuades av psykiatriskt utbildad personal med hjälp av ett strukturerat instrument. Förekomsten av egentlig depression, enligt DSM-III-R, var

58 per tusen barn: bland flickor 92 per tusen och bland pojkar 23 per tusen.

Därutöver finns ett fåtal populationsbaserade studier från Sverige. I en studie undersöktes ungdomar i åldern 13–18 år med frågeinstrumentet BDI (men ingen uppföljande intervju). Ungdomarnas svar tyder på att måttlig depression förekom hos 80 per tusen individer och svår depression hos 20 per tusen individer (B. Larsson & Melin, 1990). En studie av 18- och 19-åriga värnpliktiga män visar att depression enligt ICD-8 förekom hos 13 per tusen individer (David et al., 2008). Folkhälsomyndigheten genomför intervjuer i den stora europeiska undersökningen European Health Interview Survey (EHIS). Sverige har deltagit i denna undersökning vid två tillfällen 2014/15 och 2019/2020. Undersökningen innehåller det etablerade instrumentet PHQ-8 som avser mäta depression. Enligt mätningen 2014/15 bedömdes 6,4 procent av unga kvinnor i Sverige (15–29 år) och cirka 2,4 procent av unga män lida av egentlig depression. Dessa siffror var bland de högsta i Europa (för unga kvinnor högre än 25 av de 26 andra europeiska länderna i undersökningen, och för unga män högre än 23 av länderna (Eurostat, 2021). Resultat för den senaste mätningen har inte presenterats ännu.

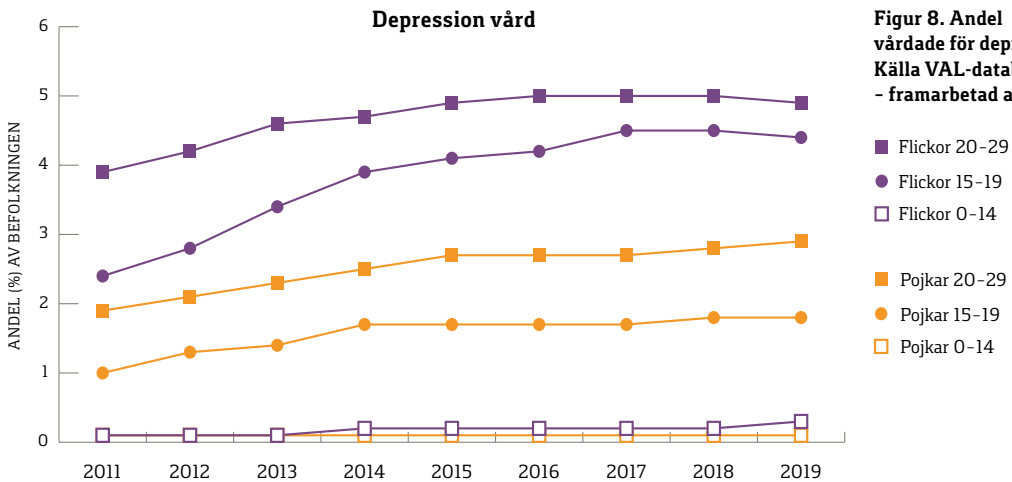
I en systematisk översikt av egentlig depression i åldrarna 13–18 år, inkluderande 26 internationella studier, påvisades en årlig förekomst om 56 per tusen individer, det vill säga nära den förekomst som Olsson och medarbetare påvisat (Jane Costello et al., 2006).

Socialstyrelsen har publicerat uppgifter om hur många i åldrarna 15–19 och 20–29 år som har slutenvårdats för depression och andra förstämningssyndrom (exklusive manisk episod och bipolär sjukdom) per år under perioden 1998 till 2019 (Socialstyrelsen, 2021a). Under perioden nästan trefaldigades antalet vårdade från 0,5 per tusen till 1,4 per tusen individer i åldern 15–19 år och fördubblades från 0,7 per tusen

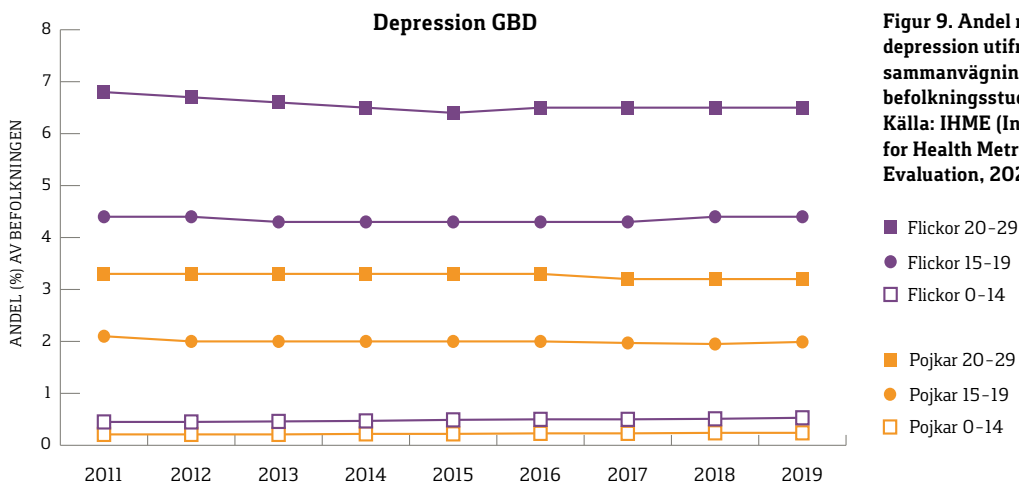
till 1,4 per tusen individer i åldern 20–29 år. Endast de med allvarlig depression behandlas i slutenvård. Det är oklart om allvarigare depressioner blivit vanligare eller om en ökad andel får behandling i slutenvård. Något som talar emot det sistnämnda är att antalet vårdplatser minskat över tid.

Figur 8 och 9 visar att vårdkonsumtionen för depression ökat över tid för både flickor och unga kvinnor och pojkar och unga män, medan förekomsten av depression utifrån sammanvägningen av forskningsstudier i GBD har varit relativt oförändrad sedan 2011 i alla åldrar, men hela tiden överstigit andelen vårdade. Den högre andelen med depression under hela

observationsperioden enligt GBD för båda könen och alla åldrar, förutom unga kvinnor mellan 15 och 19 år, kan tyda på att den ökning av vård som noterats beror på att barn och unga vuxna inte tidigare sökt vård i tillräcklig utsträckning och att det fortfarande finns dolda vårdbehov. Dessa dolda vårdbehov kan vara ännu större givet GBD-studiens brister, att vårddata från enbart Region Stockholm analyserats och att Sverige ligger högre än andra europeiska länder i självrapporterade besvär av nedstämdhet och depressiva symtom enligt undersökningarna Skolbarns hälovanor och EHIS (se avsnitt om förekomst av psykiska besvär sid 38 och sid 39).



Figur 8. Andel vårdade för depression. Källa VAL-databaserna - framarbetad av CES.



Figur 9. Andel med depression utifrån sammanvägning av befolkningsstudier. Källa: IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021).

Ångest

Ingen svensk populationsbaserad studie av förekomst av ångest bland barn och unga, som innefattade både enkät och intervju, har identifierats.

I ett översiktsarbete redovisas 20 internationella studier av diagnosen ångest bland barn och unga (Beesdo et al., 2009). Genomsnittligt var förekomsten 150 per tusen individer under ett år. Förekomsten varierar påtagligt mellan olika studier beroende av hur diagnosen definieras och vilka populationer som undersöks. Omkring hälften av alla barn och unga med ångestsymtom har även depressiva symtom (Brady & Kendall, 1992).

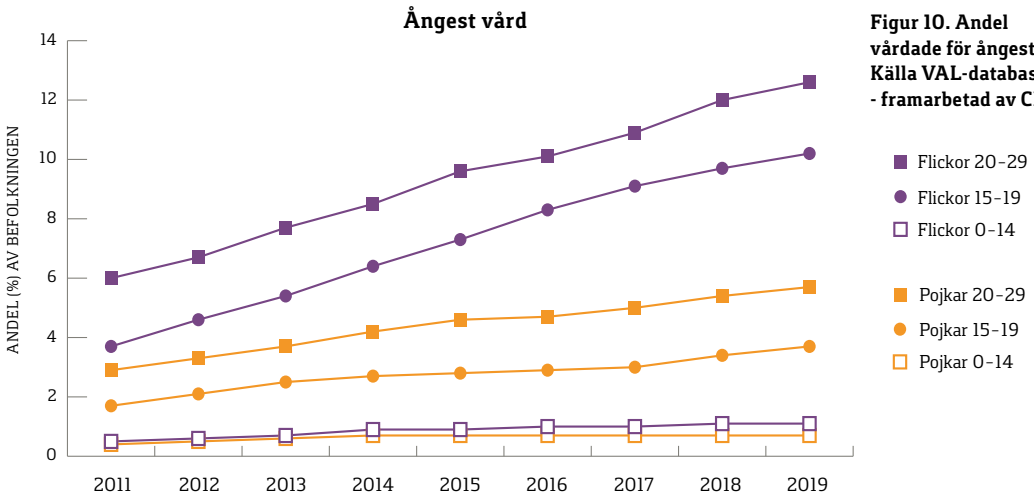
I en populationsbaserad studie där över 10 000 amerikanska ungdomar intervjuades fann man att nästan en av tre ungdomar (319 per tusen individer) uppfyllde, eller hade någon gång uppfyllt, kriterierna för eller hade haft någon form av ångestdiagnos, varav 83 per tusen rapporterade en hög grad av ångestrelaterad problematik (Merikangas et al., 2010).

I en norsk intervjustudie bland dryg 1 600 unga vuxna (19–29 år) fann man att förekomsten under den senaste tolv månadersperioden av någon form av ångestdiagnos för män var 96 per tusen individer och för kvinnor 267 per tusen individer, men om man exkluderade specifik fobi bland diagnoserna sjönk prevalensen till 25 per tusen för män och 69 per tusen för kvinnor (Gustavson et al., 2018).

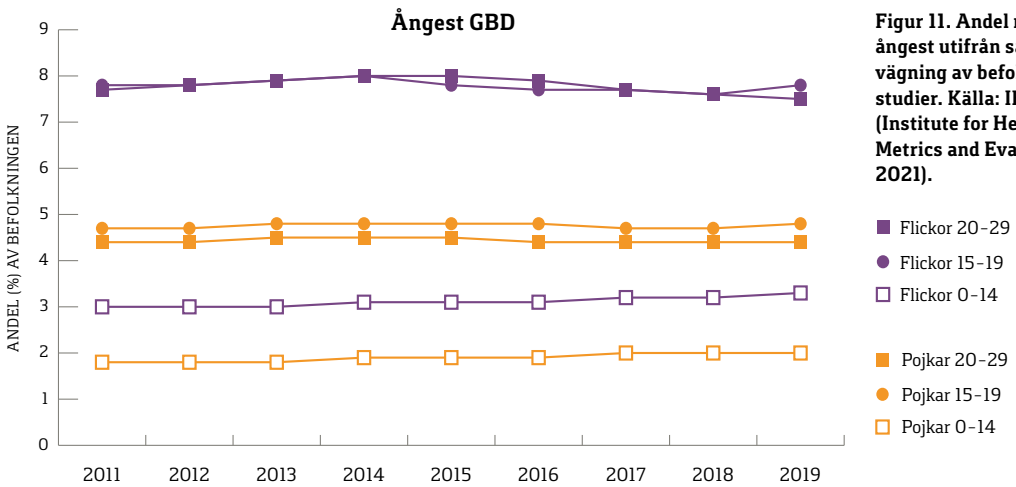
Vårdkonsumtionen i Sverige för ångest har ökat för båda könen och i alla åldersgrupper med störst ökning bland unga kvinnor i åldrarna 15–29 år, medan resultaten utifrån GBD visar att förekomsten har varit relativt oförändrad över tid. Andelen barn med ångest är högre enligt GBD för båda könen i åldrarna 0 till 14 år (Figur 10 och 11) och för samtliga åldersgrupper i början av observationsperioden. Under senare delen av observationsperioden och framför allt bland unga kvinnor i åldrarna 15–29 år är vårdkonsumtionen högre än den i GBD-studien skattade förekomsten av ångest. Detta kan bero på en överdiagnostik i värden alternativt att GBD har underskattat förekom-

sten av ångest, framför allt under senare år, eftersom underlaget av högkvalitativa studier är mycket begränsat och dessutom inte täcker senare år. Tydligt är att självrapporterade svåra besvär av oro och ångest ökat betydligt

i Sverige under samma period enligt SCB:s och Folkhälsomyndighetens undersökningar. För barn under 14 år tyder resultaten på dolda vårdbehov.



Figur 10. Andel vårdade för ångest. Källa VAL-databaserna - framarbetad av CES.



Figur 11. Andel med ångest utifrån sammanvägning av befolkningsstudier. Källa: IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021).

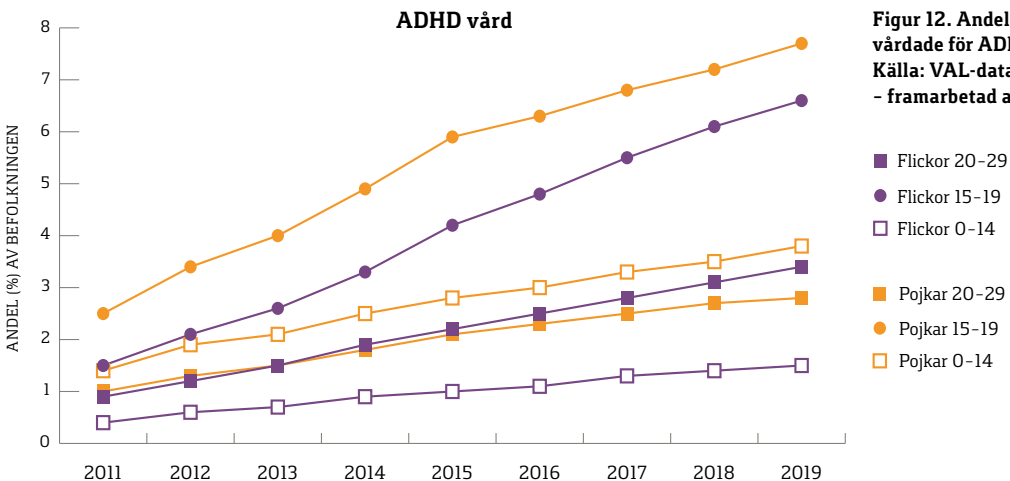
ADHD

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD, är en funktionsnedsättning som utmärks av ouppmärksamhet, hyperaktivitet och bristande impuls kontroll. En systematisk översikt identifierade 175 internationella studier av ADHD, med totalt 179 olika mätningar av förekomst (Thomas et al., 2015). I genomsnitt var förekomsten av ADHD 72 per tusen barn. Förekomsten av ADHD varierar påtagligt mellan de olika studierna.

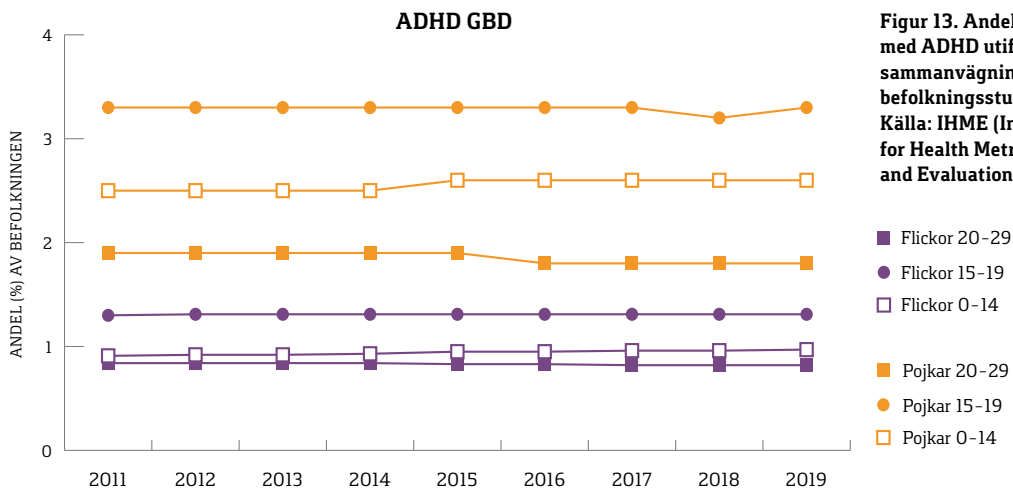
Vad gäller förekomst bland unga vuxna saknas svenska studier men en internationell systematisk översikt och meta-analys visar att förekomsten av ADHD bland unga vuxna med symtomdebut i barndomen var cirka 51 per tusen 18–24 åringar, och cirka 40 per tusen 19–25 åringar. Symtomatisk ADHD som vuxen (oavsett ålder för symtomdebut) förekom hos cirka 89 per tusen 18–24 åringarna och 83 per tusen 19–25 åringar (Song et al., 2021).

Enligt GBD-studien har förekomsten av ADHD varit relativt oförändrad över tid

(Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021) (Figur 12). Samtidigt ser man att andelen barn och unga som diagnostiseras med ADHD i världen ökar (Figur 13) (Giacobini et al., 2018). I början av observationsperioden var förekomsten av diagnosticerad ADHD lägre än vad som var förväntat enligt GBD för båda könen för såväl barn och ungdomar som unga vuxna, men därefter överstiger andelen med vårdkonsumtion för ADHD den skattade förekomsten enligt GBD (figur 8 och 9). Denna diskrepans återstår att förklara. I en tvillingstudie bland nära 20 000 nio-åringar i Sverige fann man ingen statistiskt signifikant ökning av andelen barn med symtombild överensstämmande med ADHD-diagnos över tid (2004–2014), dock en viss ökning av andelen barn med en subklinisk symtombild, det vill säga något lägre grad av ADHD-symtom som ej fullt ut uppfyller diagnoskriterierna (Rydell et al., 2018). Det kan tala för att ökningen av diagnosticerad ADHD snarare är kopplad till andra faktorer (som till exempel ökad medvetenhet bland kliniker och föräldrar) än en faktisk ökning av barn med ADHD-problematik (Rydell et al., 2018).



Figur 12. Andel vårdade för ADHD.
Källa: VAL-databaserna - framarbetad av CES.



Figur 13. Andel med ADHD utifrån sammanvägning av befolkningsstudier. Källa: IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021).

Autismspektrumtillstånd

Autismspektrumtillstånd, AST, är ett samlingsnamn för en grupp av problem där barnet har begränsad förmåga till social kommunikation, socialt samspel och uppvisar begränsade repetitiva beteenden, intressen och aktiviteter. Barnen har svårt att sätta sig in i andra människors situation och att förstå hur de tänker. En del av barnen har nedsatt kognitiv förmåga. Tidigare talade man om tre olika subgrupper inom gruppen AST: autism, atypisk autism och Aspergers syndrom. I den senaste versionen av DSM, DSM-5, har man dock tagit bort dessa undergrupper och talar endast om AST.

I en studie från Göteborg mättes hur många barn vid en neuropsykiatrisk klinik som bedömdes ha AST relaterat till antal barn födda och boendes i Göteborg. Den genomsnittliga förekomsten av AST var 5,3 per tusen barn för dem som var födda under perioden 1977–1994 (Gillberg et al., 2006). Andelen ökade från 2,6 per tusen barn bland dem som var födda 1977–1982 till 8,0 per tusen barn bland dem som var födda 1989–1994. Risken för att ha AST var 3,3 gånger högre bland pojkar än bland flickor. Barnen i denna studie var vid undersökningstillfället mellan sju och tolv år

gamla. I en senare studie av barn i tvåårsåldern, gjord år 2010 i Göteborg, fann man vid screening att redan vid denna unga ålder var det åtta per tusen barn som uppfyllde kriterierna för en AST-diagnos (Nygren et al., 2012). I en studie baserad på värddata från Stockholm fann man att under 2007 var förekomsten av diagnostiserad AST cirka tio per tusen barn i åldrarna noll till sjutton år (Idring et al., 2012). Vid en uppföljning år 2011 hade andelen barn och unga med en AST-diagnos stigit till 16 per tusen barn (Magnusson et al., 2014).

En internationell systematisk översikt identifierade 40 studier där den genomsnittliga förekomsten av AST visade sig vara 7,6 per tusen individer (upp till ålder 27 år), med liten skillnad mellan olika regioner i världen (Baxter et al., 2015). Förekomsten i de ovan beskrivna svenska studierna var högre än vad som genomsnittligt påvisats internationellt. En förklaring kan vara bättre metodik för att identifiera barn i de svenska studierna. En välgjord studie från Sydkorea där man screenade för AST bland sju- till tolvåringar fann en förekomst på 26 per tusen barn vilket är högre än vad som beskrivits i Sverige (Kim et al., 2011).

Flera undersökningar visar att diagnosticerad AST ökat (Elsabbagh et al., 2012; Gillberg et al., 2006; Williams et al., 2006). En svensk populationsbaserad studie visade dock att även om AST-diagnos blivit vanligare mellan 1993 och 2002, så har inte antalet barn som uppvisar en symtombild överensstämmande med AST-diagnos ökat (Lundström et al., 2015). En ökad uppmärksamhet kring autistiska symtom och tillgång till neuropsykiatriska utredningar är troligen viktiga förklaringar till att AST rapporterats som vanligare. Det kan dock inte uteslutas att en sann ökning av förekomsten över en längre tid kan vara en delförklaring och att detta i så fall skulle kunna vara kopplat till faktorer i vår omgivning. Studier visar dock att ärftliga faktorer tycks spela en större roll för förekomsten av AST än vad faktorer i omgivningen gör (Taylor et al., 2020).

Bipolära tillstånd

Bipolär sjukdom är ett sjukdomstillstånd med återkommande episoder av antingen förhöjt stämningsläge (mani), depressiva episoder eller ett blandtillstånd. Den kliniska bilden skiljer sig stort mellan olika individer. Bipolär sjukdom brukar delas in i två huvudtyper: bipolär sjukdom typ I som uppvisar mani och oftast även depressiva episoder, och bipolär sjukdom II som uppvisar hypomana (mildare form av mani) och depressiva episoder. Bipolär sjukdom debuterar vanligen före 25 års ålder (McIntyre et al., 2020).

Förekomsten av bipolär sjukdom bland barn och ungdomar varierar mycket mellan olika studier beroende dels på inkluderade åldrar i studiepopulationerna, dels på olika sätt att definiera och diagnosticera tillstånden. I en internationell systematisk översikt identifierades totalt 19 studier som undersökte förekomst av bipolär sjukdom hos unga människor upp till 21 års ålder (N=56 103). Förekomst av sjukdom inom det bipolära spektrat fanns i genomsnitt hos 39 per tusen individer men med stor

variation mellan studierna (Van Meter et al., 2019).

I en internationell studie genomfördes en strukturerad diagnostisk intervju med 61 392 vuxna personer i totalt elva länder i Amerika, Europa och Asien. Förekomst någon gång under livet av bipolär sjukdom typ I var 6 per tusen individer, förekomst av bipolär sjukdom typ II var 4 per tusen individer och förekomst av olika grader av bipolära symtom som inte uppnår diagnoskriterierna ("subtreshold") var 14 per tusen individer, vilket gav en sammanslagen livstidsförekomst av det bipolära spektrat på 24 per tusen individer. Den årliga förekomsten för bipolär sjukdom typ I var 4 per tusen individer, för bipolär sjukdom typ II 3 per tusen individer, för subtreshold bipolära symtom 8 per tusen individer, och den sammanslagna årliga förekomsten av det bipolära spektrat var 15 per tusen individer (Merikangas et al., 2011).

Schizofreni och andra psykosjukdomar

Schizofreni är en allvarlig psykisk sjukdom med störd verklighetsuppfattning, desorganiserat tänkande, vanföreställningar och hallucinationer. Schizofreni leder vanligen till perioder av vård inom psykiatri. Detta innebär att vårdregistret kan användas för att uppskatta förekomsten. De flesta individer med schizofreni insjuknar i ung vuxen ålder och endast ett fåtal under tonårstiden. Under perioden 1998 till 2019 vårdades årligen i genomsnitt 25 per 100 000 personer i åldrarna 15–19 år för schizofreni och andra psykosjukdomar, och i genomsnitt 97 per 100 000 personer i åldrarna 20–29 år för schizofreni och andra psykosjukdomar (Socialstyrelsen, 2021a). Andelen har varit relativt oförändrad under en rad år, men från 2016 tycks andelen ökat något (från i genomsnitt 23/100 000 år 1998–2012, till 28/100 000 under åren 2013–2019 inom åldersgruppen 15–19 år, och från i genomsnitt 92 per 100 000 år 1998–2012, till 107 per 100 000 under åren 2013–2019 inom åldersgruppen 20–29 år).

Ätstörningar

Ätstörningar är ett sammanfattande begrepp för en grupp psykiska hälsoproblem som kännetecknas av ett komplicerat förhållande till mat och vikt samt en störd kroppsuppfattning. De mest belysta och vanligast förekommande diagnoserna är (AN) som innebär självsvält, bulimia nervosa (BN) som innebär hetsätande med kompensatoriskt beteende som kräkningar eller överdrivet bruk av laxermedel, hetsättningsstörning, som innebär hetsätning utan kompensatoriskt beteende och diagnosen andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom.

En populationsbaserad undersökning av 15-åringar har genomförts i Västsverige (Dobrescu et al., 2020). Undersökningen innefattade bedömning av skolhälsovårdens vikt-längdkurvor, upprepade kontakter med skolsköterskor och diagnostiska undersökningar av en psykiater. Förekomsten av AN var nära sex per tusen individer i årskurs 8. Risken för flickor var nästan tolv gånger högre än risken för pojkar. I en stor svensk studie baserad på vårddata rapporteras en förekomst av registrerad ätstörningsdiagnos hos 4,6 per tusen kvinnor och 0,4 per tusen män (Ahrén et al., 2013). Mörkertalet för ätstörningsproblem bedöms dock vara stort. En populationsbaserad studie bland över 10 000 personer i Schweiz som deltog i en diagnostisk intervju fann att bara 49 procent av männen och 68 procent av kvinnorna som uppfyllde kriterierna för en ätstörningsdiagnos hade sökt hjälp (Mohler-Kuo et al., 2016).

En översikt av olika studier på förekomst av ätstörningsdiagnos enligt DSM-5 visar en förekomst under de senaste tolv månaderna hos unga kvinnor av AN på ungefär fyra per tusen individer och av BN på 10–15 per tusen individer (Smink et al., 2013).

Suicidförsök och självskadebeteende

Den årliga nationella folkhälsoenkäten har en fråga om den som svarat att de försökt ta sitt liv. År 2020 var det 63 per tusen individer i åldrarna 16–29 år som angav att de försökt ta sitt liv medan 73 per tusen haft tankar på att ta sitt liv (Folkhälsomyndigheten, 2021).

Bland barn och unga är självskadebeteende utan självmordsavsikt relativt vanligt förekommande. I en svensk studie bland högstadiungdomar (N=3 050) uppgav 356 per tusen individer att de någon gång under de senaste tolv månaderna avsiktligt skadat sig själva, varav 67 per tusen individer hade skadat sig själva utan självmordsavsikt vid minst fem olika tillfällen under en tolv månadersperiod (Zetterqvist et al. 2013). En systematisk översikt av 172 populationsbaserade studier rapporterar att förekomsten någon gång under livstiden av självskadebeteende med eller utan självmordsavsikt bland ungdomar är 169 per tusen individer (Gillies et al., 2018).

x12

**högre risk
för flickor
än pojkar
att drabbas
av anorexia
nervosa**

En systematisk översikt av internationella studier identifierade 128 studier av självmordsförsök bland tonåringar (Evans et al. 2005). I genomsnitt angav 97 per tusen tonåringar att de gjort ett sådant försök. Förekomsten var således högre än vad som framkommit i den svenska nationella folkhälsoenkäten.

En mindre del av alla självmordsförsök leder till sjukhusvård. I åldrarna 15–19 år rapporterar Socialstyrelsen att antalet vårdade för självmordsförsök med klart och oklart uppsåt under perioden 2001 till 2013 i genomsnitt var 1,1 per tusen unga män och 3,3 per tusen unga kvinnor per år (Socialstyrelsen, 2021b). Fram till år 2007 skedde en ökning till 1,3 per tusen unga män och 3,8 per tusen unga kvinnor för att sedan återgå till liknande värden som år 2001. Risken bland kvinnor var 3,7 gånger högre än risken bland män. Antalet som vårdats har fortsatt att minska efter 2013, under perioden 2014 till 2019 vårdades i åldern 15–19 år i genomsnitt

0,8 per tusen unga män och 2,8 per tusen unga kvinnor per år för självmordsförsök med klart och oklart uppsåt (Socialstyrelsen, 2021b).

I åldrarna 20–29 år vårdades under samma period (2014 till 2019) i genomsnitt 1,2 per tusen män och 1,9 per tusen kvinnor per år för självmordsförsök med klart och oklart uppsåt, vilket även det är ett lägre genomsnitt än under perioden 2001 till 2013 då 1,5 per tusen män och 2,5 per tusen kvinnor vårdades.

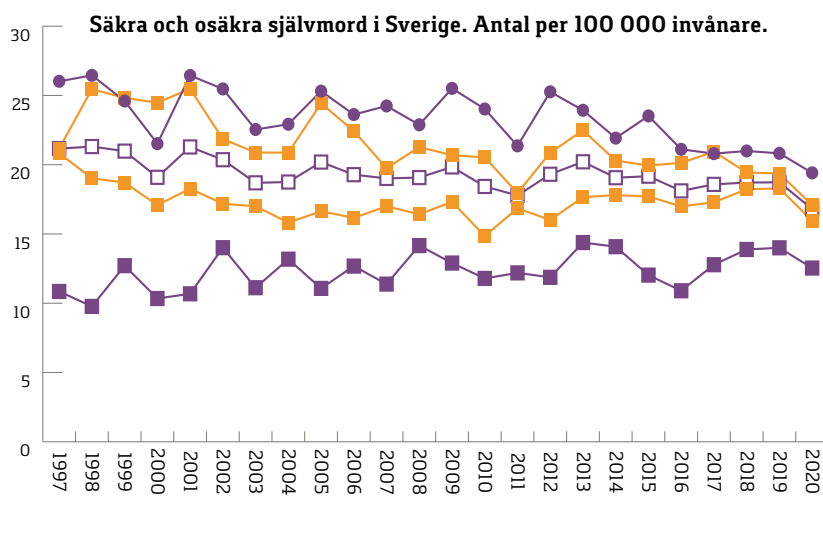
Suicid

Antalet fullbordade självmord i åldrarna 15–19 år var under perioden 1997 till 2019 årligen i genomsnitt 8,0 per 100 000 individer (Socialstyrelsen, 2021b). Vi har valt att inkludera även fall där man inte är säker på om det rör sig om olycksfall eller självmord eftersom det har visat sig vid undersökningar att omkring 70–75 procent av de osäkra fallen kan bedömas vara självmord (NASP, 2021). Antalet fullbordade självmord i åldrarna 20–29 år var under perioden

1997 till 2019 årligen i genomsnitt 16,3 per 100 000 individer (Socialstyrelsen, 2021b).

Eurostat, som redovisar statistik för EU:s medlemsstater, beskriver en dödlighet i självmord i åldrarna 15–19 år på 4,2 per 100 000 individer under år 2016 inom EU:s 28 medlemsländer, vilket är en lägre dödlighet än i Sverige (Eurostat, 2021). I många länder ses en sjunkande trend i självmordstal bland 10–19-åringar, framför allt bland pojkar (Roh et al., 2018).

Data från nationellt centrum för suicidforskning och prevention vid Karolinska institutet visar att i åldersgruppen 15–24 år har antalet självmord ökat med i genomsnitt cirka en procent per år de senaste 20 åren (NASP, 2021). Anmärkningsvärt är att trenderna i Sverige varit nedåtgående i alla åldersgrupper förutom bland unga. Den nedåtgående trend som finns för självmord bland vuxna och äldre omfattar således inte unga personer (eller kvinnor 25–44 år) se figur 14.



Figur 14. Diagrammet visar antal självmord per 100 000 invånare i Sverige uppdelat per åldersgrupp. Statistiken inkluderar säkra självmord, diagnoskod ICD10: X60-X84, samt osäkra självmord, diagnoskod ICD10: Y10-Y34. Källa: NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa.

- 15-24
- 25-44
- 45-64
- 65+
- Totalt +15

Alkohol- och drogerberoende

I ICD-systemet för diagnoser behandlas psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol, cannabis och opioder. I IHME:s variant av detta diagnossystem används begreppen alkohol-, cannabis- och opiodberoende.

Den genomsnittliga konsumtionen av alkohol i ålder 17–29 år har sjunkit från 6,1 liter ren alkohol 2006 till 4,5 liter 2017 (CAN, 2020) medan sjukdomsburden mätt som DALY (se förklaring i nästa avsnitt) och dödligheten för alkoholberoende i ålder 15–29 år i stort sett varit oförändrad under perioden 1990–2019 (IHME, 2021). År 2019 uppgick sjukdomsburden i ålder 15–29 år till 336 DALY/100 000 med en dödlighet om 0,2/100 000 (IHME, 2021). Slutenvård för psykiska störningar orsakade av alkohol har också den i stort varit oförändrad under perioden 1997–2019 och uppgick år 2019 till 105 patienter/100 000 (Socialstyrelsen, 2021a).

Andelen i ålder 17–29 år som uppger att de använt cannabis under de senaste 30 dagarna har varit i stort sett oförändrad under perioden 2004–2018 och uppgick år 2018 till 5/100 (CAN, 2020). Sjukdomsburden för cannabisberoende i ålder 15–29 år, har i stort sett varit oförändrad under perioden 1990–2019 (IHME, 2021). År 2019 uppgick sjukdomsburden i ålder 15–29 år till 21 DALY/100 000. Dödligheten är försumbar. Slutenvård för psykiska störningar orsakade av cannabis har tredubblats under perioden 1997–2019 och uppgick år 2019 till 31 patienter/100 000 (Socialstyrelsen, 2021a).

Andelen i ålder 17–84 år som uppger att de använt en opiod under de senaste 30 dagarna uppgick år 2018 till 0,1/100 (CAN, 2020). Sjukdomsburden för opiodberoende i ålder 15–29 år, har femdubblats under perioden 1990–2019 (IHME, 2021). År 2019 uppgick sjukdomsburden i ålder 15–29 år till 497 DALY/100 000. Dödligheten år 2019 uppgick

till 4,6/100 000 (IHME, 2021). Inom EU var det endast Estland och Litauen som år 2019 hade högre dödlighet i opiodberoende i åldern 15–29 år (IHME, 2021). Slutenvård för psykiska störningar orsakade av opioder har varit i stort oförändrad under perioden 1997–2019 och uppgick år 2019 till 35 patienter/100 000 (Socialstyrelsen, 2021a).

Opiodberoende står för den största sjukdomsburden inom denna grupp av psykiatriska tillstånd, följt av alkoholberoende. Förekomsten av opiodberoende är stigande i motsats till alkoholberoende där förekomsten varit i stort sett oförändrad under de senaste decennierna.

Sjukdomsburda mätt med DALY

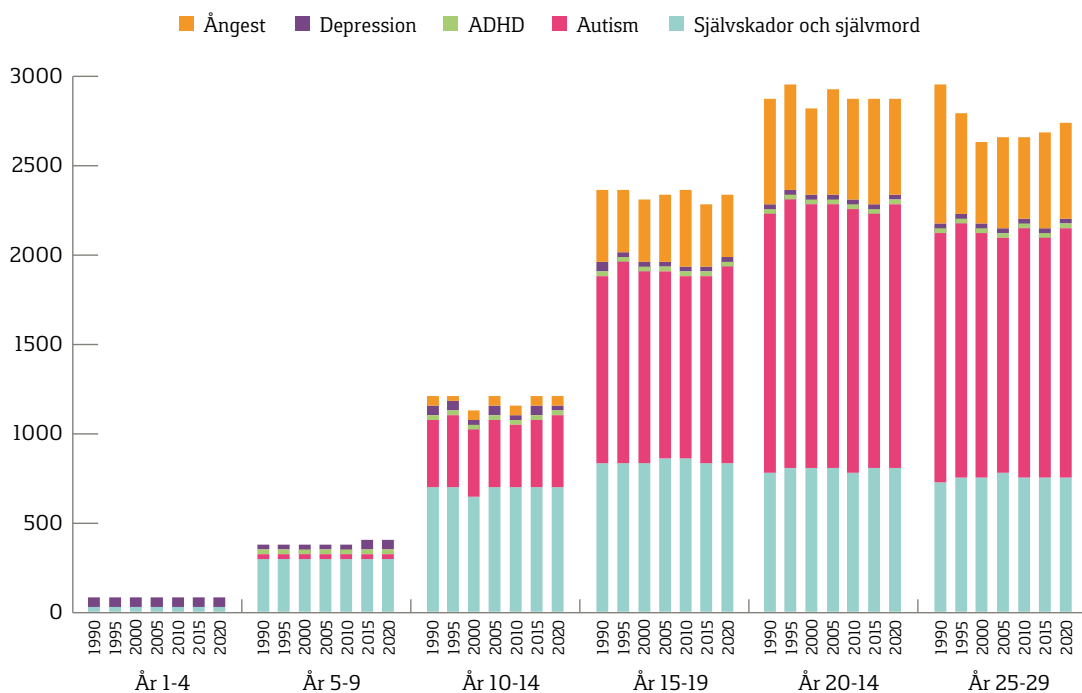
Olika sjukdomar leder till funktionsnedsättning i varierande omfattning. För att bedöma den sjukdomsburda som en viss diagnos medför på befolkningsnivå krävs därför uppgifter om både förekomst utifrån andel individer med diagnosen och omfattningen av den funktionsförlust som diagnosen medför. Medan vissa sjukdomar kan vara relativt vanligt förekommande men ha mindre allvarliga konsekvenser, kan andra sjukdomar vara relativt ovanliga men förenade med stor funktionsförlust eller hög grad av lidande. Inom GBD-studien har ett mått utvecklats för att beräkna sjukdomsburden för olika sjukdomar på befolkningsnivå. Måttet kallas på svenska funktionsjusterade levnadsår, eller DALY, Disability Adjusted Life Years. DALY väger samman förekomst utifrån de epidemiologiska forskningsstudierna med funktionsförlustnivån och tidig död, i form av förlorade friska levnadsår. Liksom med andra mått finns begränsningar exempelvis i form av brist på underlag vad gäller förekomst eftersom antalet epidemiologiska studier av psykiatriska tillstånd hos barn och unga är begränsat och att funktionsförluster skattas. En fördel med DALY-måttet är att det ger en samlad bild av hälsoläget, genom att funktionsförlust på grund av sjukdom och tidig död kan kombineras i samma mått.

På så vis får man ett mått på, inte bara hur många personer som lider av en sjukdom, utan också en uppfattning om hur hårt sjukdomen drabbar befolkningen i form av olika begränsningar. Måttet innebär att psykiatriska tillstånd synliggörs på ett helt annat sätt eftersom många psykiatriska tillstånd är förenade med hög funktionsförlust. Uppgifter om psykiatriska tillstånd bland barn och unga i Sverige över tid presenteras i Figur 15 och 16.

Sjukdomsbördan i Sverige är störst bland flickor med ångest, unga kvinnor med depression, pojkar med autism samt unga män med självsador och självmord. För flickor och unga kvinnor dominerar ångest och depression, där ångest står för en högre sjukdomsbörda uttryckt

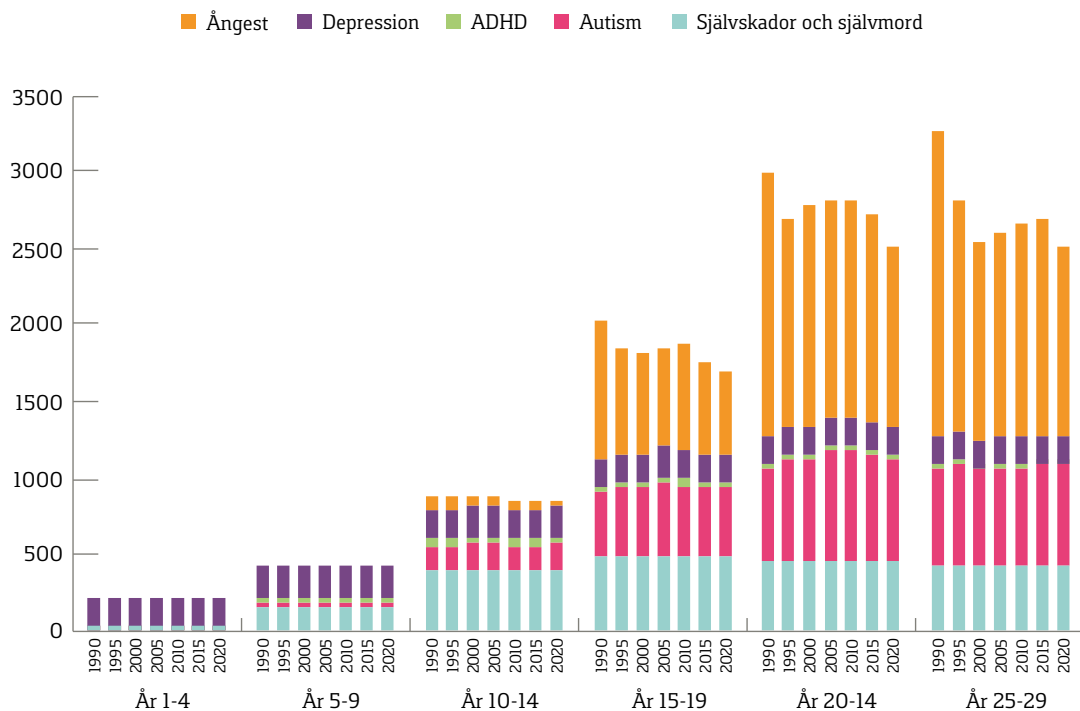
i DALY fram till 14 års ålder, och depression för en högre sjukdomsbörda i åldrarna 15–29 år. Sjukdomsbördorna som orsakas av dessa tillstånd har varit relativt oförändrade över tid, medan självsador och självmord har varierat över åren. För pojkar i åldrarna 1–9 år står autism för den största sjukdomsbördan uttryckt i DALY, därefter följt av ångest. I åldrarna 15–19 år är fördelningen relativt jämnt fördelat för pojkar mellan ångest, depression, självsador och självmord, medan det i åldrarna 20–29 år är självmord och självsador som står för den största sjukdomsbördan. Sjukdomsbördan orsakad av ångest, depression, ADHD och autism har varit relativt oförändrad över tid, medan självsador och självmord har minskat i åldrarna 15–29 år bland unga män sedan 1990.

DALYs per 100' flickor och unga kvinnor



Figur 15. Sjukdomsbörda i Sverige uttryckt i DALY per 100 000 flickor och unga kvinnor i sex åldersgrupper över tid. Källa: IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021).

DALYs per 100' unga pojkar och män



Figur 16. Sjukdomsbörda i Sverige uttryckt i DALY per 100 000 pojkar och unga män i sex åldersgrupper över tid. Källa: IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021).

I WHO:s klassificering av psykiatriska tillstånd ingår alkohol- och drogerberoende. Trots detta är det vanligt att behandla alkohol- och drogerberoende separat, bland annat därför att det finns förebyggande åtgärder som är specifika för dessa tillstånd i form av åtgärder som begränsar tillgången till dessa substanser. Andra aktörer, som Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, lämnar utförliga beskrivningar av dessa tillstånd. Det är dock motiverat att även i detta sammanhang lämna några uppgifter om storleksordningen för dessa

tillstånd. Enligt GDB-studien var sjukdomsbördan 2019 för kvinnor i åldern 25–29 år för alkohol- respektive drogerberoende 246 respektive 461 DALY per 100 000 individer, och för män 665 respektive 1 934 DALY per 100 000 individer. Uppgifterna kan jämföras med sjukdomsbördan för självskador och självmord i denna åldersgrupp som för kvinnor utgjorde 517 och för män 1 224 DALY per 100 000 individer. Således leder drogerberoende till större sjukdomsbörda för män jämfört med alla andra enskilda psykiatriska tillstånd.

Diskussion

Det finns utvärderade instrument för att mäta förekomsten av psykiska besvär, men i de nationella återkommande undersökningarna (Skolbarns hälsovanor, Hälsa på lika villkor, Barn-ULF och ULF/SILC) används huvudsakligen enstaka frågor, sannolikt av resursskäl. Fördelen med utvärderade instrument är framför allt att de inkluderar fler aspekter av ett begrepp, och att de ofta utvärderats för att i summerad form ge ett samlat mått på symptombörda. Instrumentens gränsvärden avser att identifiera barn med psykiska besvär som kan vara i behov av stöd och behandling. Vid jämförelse med de enstaka frågor som ingår i de nationella undersökningarna ser man att andelen barn som identifieras med psykiska besvär som kan vara i behov av interventioner bättre överensstämmer för mycket frekventa psykiska besvär ("ungefär varje dag") jämfört med mindre frekventa besvär ("ganska ofta"). Detta talar för att det är rimligt att följa andelen barn med mycket frekventa psykiska besvär i befolkningsundersökningarna för att få en bild av hur stor andel av barn och unga som skulle kunna vara i behov av stöd och behandling.

I denna rapport framgår att den övervägande majoriteten av barn och unga vuxna i Sverige uppger psykiskt välbefinnande och att det inte har varit några större förändringar över tid. Vad gäller psykiska besvär är bilden en annan och man ser en otvetydig ökning av självrapporterade dagliga psykiska besvär under de senaste tio åren. Parallellt med detta har vården för psykiska besvär och psykiatriska tillstånd ökat markant i Sverige. Hur ska denna information tolkas?

Det har funnits en diskussion om att normala reaktioner på livets påfrestningar betraktas som sjukdomstillstånd och att människor söker och erhåller vård för alltför lindriga besvär. Samtidigt kan det behövas stöd och hjälp även vid så

kallade normala reaktioner utifrån individens livssituation och sårbarhet. Befolkningsstudier med enkäter visar att självrapporterade dagliga eller svåra psykiska besvär ökat i befolkningen. En markant ökning skedde redan under 1990-talet (Bremberg, 2015; Folkhälsomyndigheten, 2018) men har sedan fortsatt framför allt under de senaste tio åren. Utifrån denna information är det således förväntat med ökad vårdkonsumtion, men man kan ifrågasätta om självrapporterade allvarliga besvär är en pålitlig indikator på att vårdbehov verkligen föreligger. Utifrån de få forskningsdata som finns tillgängliga går det inte att dra slutsatser i just denna fråga, det vill säga om en verklig ökning av behandlingskrävande ohälsa föreligger eller om vård ges för alltför lindriga besvär.

Övervägande majoritet uppger psykiskt välbefinnande

Vad som däremot är känt är att 40–60 procent av personer med behandlingskrävande depression inte söker vård bland annat på grund av skam (Wallerblad et al., 2012). Psykiska besvär och psykiatriska tillstånd är historiskt sett starkt stigmatiserade och en förhoppning är att stigmatiseringen minskat och att detta medfört att fler som är i behov av vård får hjälp och stöd, vilket kan ha avspeglats i en ökande vårdkonsumtion.

Ett sätt att undersöka denna fråga närmare är att jämföra skattade mått på förekomst av olika psykiatriska tillstånd från GBD-studien och vårdkonsumtionsdata för de vanligast förekommande tillstånden depression, ångest och ADHD, som redovisas för åren 2011–2019 i denna samt i en tidigare rapport (Agardh et al., 2021). Vårdkonsumtionsdata är från Region Stockholm av den anledningen att primärvårdsdata och besök hos andra personalkategorier än läkare saknas i den nationella vårddatabasen Nationella patientregistret på Socialstyrelsen. I Region Stockholm är vårdkonsumtionen högre

än i andra regioner (SNS, 2021) vilket måste beaktas i analysen. GBD-studien bygger på en sammanvägning av välgjorda studier från hela världen. Eftersom antalet studier om psykiatriska tillstånd bland barn och unga från Sverige är mycket begränsat, exempelvis finns det ingen svensk studie om ångest bland barn och unga, uppväger GBD-studien detta genom att resultat från andra jämförbara länder extrapoleras genom en algoritm. Detta innebär naturligtvis en osäkerhet vad gäller skattningarna. Ett annat problem med den typen av välgjorda studier som ingår i GBD-studien är att de tar lång tid att utföra och att resultaten därför släpar efter tidsmässigt med flera år. Trots det är studien det hitintills bästa mått som den samlade forskningen kan frambringa.

Enligt GBD-studien har förekomsten av såväl ångest, depression och ADHD legat mer eller mindre stabilt i Sverige under observationsperioden 2011–2019. Utifrån de svagheter som beskrivits ovan kan inte detta betraktas som en absolut sanning men det finns ingen anledning att misstänka att GBD-studien överskattar förekomsten. År 2011 beskrev GBD-studien högre förekomst av såväl depression, ångest och ADHD än vad som förekom inom vården, det vill säga många barn och unga som var i behov av stöd och behandling fick inte hjälp. År 2019 ser vi fortfarande tecken på icke tillgodosedda vårdbehov vad gäller depression för såväl barn som unga vuxna men också för ångest vad gäller de yngsta barnen (0–14 år). När det gäller vård för ADHD överstiger den klart den skattade förekomsten enligt GBD. Vad detta beror på återstår att förklara men en del talar för att ökningen av diagnosticerad ADHD kan bero på en ökad medvetenhet bland kliniker och föräldrar, men också förändrade krav på barns förmågor till exempel i skolan och att detta kan leda till överdiagnostik (Rydell et al., 2018). Tecken på dolda vårdbehov bland barn och unga med depression föreligger under hela



Sverige ligger högre än andra europeiska länder i självrapporterade besvär med nedstämdhet och depressiva symtom

observationsperioden och dessa kan potentiellt vara ännu större givet eventuella brister med GBD-studien, att vårddata från enbart Region Stockholm analyserats och att Sverige ligger högre än andra europeiska länder i självrapporterade besvär med nedstämdhet och depressiva symtom enligt undersökningarna Skolbarns hälsovanor (Inchley et al., 2020, Eurostat, 2021a).

Sammantaget finns det således stöd för att de dolda vårdbehoven kan ha minskat och att fler som är i behov av vård också får det. Samtidigt kvarstår icke tillgodosedda vårdbehov för de stora patientgrupperna med depression och ångest medan ADHD-diagnostiken möjligen inkluderar lindriga besvär. I avsaknad av välgjorda studier, är det dock oklart hur stora de dolda vårdbehoven är i dag. Det vill säga hur många som är i behov av vård och på vilken nivå, eller om det samtidigt föreligger överdiagnostik av lindriga besvär. Det är angeläget att få klarhet i vilka vårdbehov som föreligger genom epidemiologiska studier.

Väl genomförda representativa svenska studier om vårdbehov och förekomst av psykiatriska tillstånd bland barn och ungdomar är ytterligt sällsynta. Det finns enstaka svenska studier om förekomst av depression bland barn och ungdomar men dessa publicerades kring millennieskiftet (se bilaga 2, tabell 6). Studier om ångest, som är det tillstånd som ökar mest i vården, saknas helt. Detta utgör en viktig brist som påverkar såväl forskning som verksamheter, professioner och ytterst enskilda individer. Dessutom saknas uppgifter från primärvården i den nationella vårddatabasen på Socialstyrelsen vilket är en stor brist när diagnoser i vården eller insatser ska beskrivas (Socialstyrelsen, 2021c).

Ett återkommande fynd är att flickor och unga kvinnor anger mer psykiska besvär och erhåller vård i högre grad än pojkar och unga män. En observation är dock att man proportionellt sett ser större ökningsgrad bland unga män, jämfört

med unga kvinnor, vad gäller självrapporterade svåra besvär av oro och ångest. Dessutom är självmord, som kan ses som den yttersta konsekvensen av psykiskt lidande, vanligare bland pojkar och unga män. I en undersökning fann man att drygt 7 procent av kvinnorna och 15 procent av männen inte hade någon vårdkontakt, varken inom primärvård, slutenvård eller inom öppen specialistvård, under månaden före dödsfallet i suicid (Narusyte et al., 2021). En vidare kartläggning av den här gruppen visade att ickevårdsökande var högst bland unga män. I åldrarna 15–24 år hade 23 procent av männen inte haft någon vårdkontakt över huvudet taget under den sista månaden före dödsfallet. Det finns också studier som visar att skillnaden mellan rapporterade psykiska besvär och erhållen vård är större i socioekonomiskt utsatta områden (Jablonska et al., 2021). Eller med andra ord, att vårdkonsumtion i områden med socioekonomisk utsatthet är lägre än förväntat. Den slutsatsen är i enlighet med tidigare svensk forskning som visat att personer med invandrarbakgrund eller barn till föräldrar inom den lägsta inkomstnivån, nyttjar psykiatrisk vård mer sällan än infödda eller personer med bättre inkomst (Hollander & Dalman, 2020 Wirback et al., 2018, Ivert et al., 2013). Det är angeläget att få större kunskaper om de bakomliggande faktorerna vad gäller skillnader utifrån bostadsområde och kön vad gäller både förekomst av psykiska besvär och erhållen psykiatrisk vård.

Ett annat viktigt utvecklingsarbete skulle vara att få till stånd en heltäckande registrering av den vård som bedrivs för psykiska besvär och psykiatriska tillstånd i Sverige. Nationella patientregistret på Socialstyrelsen innehåller endast uppgifter från den specialiserade psykiatriska vården medan data från primärvården saknas helt. Detta är synnerligen allvarligt eftersom merparten av vården bedrivs inom denna vårdform. För att kunna beskriva vårdens utveckling och tillse en god och jämlik vård vad gäller psykiska besvär och psykiatriska tillstånd är detta en grundförutsättning.



Referenser

- Achenbach, T. M. (1999). The Child Behavior Checklist and related instruments. *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*, 2nd Ed., 2, 429–466.
- Agardh EE, Flodin P, Dalman C, Daniellsson AK, Allebeck P. (2021). Psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självsador och deras bidrag till sjukdomsördan. Utveckling över tid i Stockholms län. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; Rapport 2021:9.
- Ahrén, J. C., Chiesa, F., Koupil, I., Magnusson, C., Dalman, C., & Goodman, A. (2013). We are family—parents, siblings, and eating disorders in a prospective total-population study of 250,000 Swedish males and females. *The International Journal of Eating Disorders*, 46(7), 693–700.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Andrews, G., & Slade, T. (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(6), 494–497.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725–733.
- Baxter, A. J., Brugha, T. S., Erskine, H. E., Scheurer, R. W., Vos, T., & Scott, J. G. (2015). The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychological Medicine*, 45(3), 601–613.
- Beesdo K, Knappe S, Pine DS. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3):483-524.
- Björnsdotter, A., Enebrink, P., & Ghaderi, A. (2013). Psychometric properties of online administered parental strengths and difficulties questionnaire (SDQ), and normative data based on combined online and paper-and-pencil administration. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 40.
- Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological bulletin*, 111(2), 244–255.
- Bremberg S. (2015). Mental health problems are rising more in Swedish adolescents than in other Nordic countries and the Netherlands. *Acta Paediatrica*, 104(10):997-1004.
- Broberg, A. G., Ekeröth, K., Gustafsson, P. A., Hansson, K., Hägglöf, B., Ivarsson, T., & Larsson, B. (2001). Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: a normative study of the YSR. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(3), 186–193.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020, December 31). *Mental Health*. <https://www.cdc.gov/mentalhealth/index.htm>
- Chorpita, B. F., Ebesutani, C., & Spence, S. H. (2015). Revised children's anxiety and depression scale. Hämtad Från <https://www.childfirst.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/163/2018/03/RCADS-UsersGuide20150701.Pdf>. Pdf. <https://www.childfirst.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/163/2020/12/RCADS-UsersGuide20201201.pdf>
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38(8), 835–855.
- David, A. S., Zammit, S., Lewis, G., Dalman, C., & Allebeck, P. (2008). Impairments in cognition across the spectrum of psychiatric disorders: evidence from a Swedish conscript cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1035–1041.
- Davies, S. C., & Great Britain. Department of Health. (2014). *Annual report of the chief medical officer: Public mental health priorities: Investing in the evidence*. <https://discovery.dundee.ac.uk/en/publications/annual-report-of-the-chief-medical-officer-public-mental-health-p>
- Dobrescu, S. R., Dinkler, L., Gillberg, C., Råstam, M., Gillberg, C., & Wentz, E. (2020). Anorexia nervosa: 30-year outcome. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 216(2), 97–104.
- Due, P., Eriksson, C., Torsheim, T., Potrebny, T., Välimaa, R., Suominen, S., Rasmussen, M., Currie, C., & Damgaard, M. T. (2019). Trends in high life satisfaction among adolescents in five Nordic countries 2002–2014. *Nordisk Välfärdsforskning | Nordic Welfare Research*, 4(02), 54–66.
- Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y.-J., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcín, C., Montiel-Nava, C., Patel, V., Paula, C. S., Wang, C., Yasamy, M. T., & Fombonne, E. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, 5(3), 160–179.
- Englund, A. (Ed.). (2019). *Skolelevers drogvänor 2019 CAN rapport 187*. CAN.
- Eppright, T. D., Bradley, S., & Sanfacon, J. A. (1998). The diagnosis of infant psychopathology: current challenges and recent contributions. *Child Psychiatry and Human Development*, 28(4), 213–222.
- Eriksson, C., Arnarsson, Á. M., Damsgaard, M. T., Löfstedt, P., Potrebny, T., Suominen, S., Thorsteinsson, E. B., Torsheim, T., Välimaa, R., & Due, P. (2019). Towards enhancing research on adolescent positive mental health. *Nordisk Välfärdsforskning | Nordic Welfare*

Research, 4(02), 113–128.

Ersberg, L., Hasslin, L., Lindström, J., & Söderqvist, F. (2020). Psyisk hälsa och psykisk ohälsa i Västmanland. Region Västmanland. <https://regionvastmanland.se/globalassets/utveckla-vastmanland/utvecklingsomraden/valfard-och-folkhalsa/psyisk-halsa-och-psyisk-ohalsa-i-vastmanland--vad-beror-det-pa-hur-ser-det-ut-och-vad-kan-vi-gora.pdf>

ESPAD Group. (2020). ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Eurostat. (2021). Current depressive symptoms by sex, age and educational attainment level. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_chis_mh1e/default/table?lang=en

Eurostat. (2021a). European Health Interview Survey. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>

Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide & Life-threatening Behavior*. 2005;35(3):239-50.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J., & Benjamin, L. S. (1999). *Handbok—SCID-I och SCID-II för DSM-IV*. Pilgrim Press Danderyd.

Folkhälsomyndigheten. (2009). Nationell kartläggning av barns psykiska hälsa. Folkhälsomyndigheten. <http://www.folkhalsomyndigheten.se>

Folkhälsomyndigheten. (2018). Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga? <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/ab5e6aed7dd642418a-8144c6e08badd2/varfor-psykiska-ohalsan-okat-barn-unga-18023-1-webb-kortversion.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2019). Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18 - grundrapport. [\[kiv/s/skolbarns-halsovanor-i-sverige-201718---grundrapport/\]\(http://www.folkhalsomyndigheten.se/kiv/s/skolbarns-halsovanor-i-sverige-201718---grundrapport/\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsar-</p></div><div data-bbox=)

Folkhälsomyndigheten. (2021). Folkhälsodata och FolkhälsoStudio. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser/folkhalsodata-och-folkhalsostudio/>

Galanti, M. R., Hultin, H., Dalman, C., Engström, K., Ferrer-Wreder, L., Forsell, Y., Karlberg, M., Lavebratt, C., Magnusson, C., Sundell, K., Zhou, J., Almroth, M., & Raffetti, E. (2016). School environment and mental health in early adolescence - a longitudinal study in Sweden (KUPOL). *BMC Psychiatry*, 16, 243.

Giacobini, M., Medin, E., Ahne-mark, E., Russo, L. J., & Carlqvist, P. (2018). Prevalence, Patient Characteristics, and Pharmacological Treatment of Children, Adolescents, and Adults Diagnosed With ADHD in Sweden. *Journal of Attention Disorders*, 22(1), 3–13.

Gillberg, C., Cederlund, M., Lamberg, K., & Zeijlon, L. (2006). Brief Report: “The Autism Epidemic”. The Registered Prevalence of Autism in a Swedish Urban Area. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(3), 429.

Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Anguita, A., Villasis-Keever, M., Reebye, P., Christou, E., Al Kabir, N., and Christou, P. A. (2018). Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990–2015. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(10), 733–741.

Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27(1), 191–197.

Goldberg, D., & Williams, P. A. (1988). *User's Guide to the General Health Questionnaire*. nferNelson.

Goodman, R., Ford, T., Simmons,

H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 177, 534–539.

Gustavson, K., Knudsen, A.K., Nesvåg, R., Knudsen, G.P., Vollset, S.E., Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Prevalence and stability of mental disorders among young adults: findings from a longitudinal study. *BMC Psychiatry*. 12;18(1):65.

Gustavsson, P. A., Hjern, A., Modin, B., Bergström, M., & Berlin, M. (2012). Skolans betydelse för barns och ungas psykiska hälsa – en studie baserad på den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. <https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:576142>

Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2012). *World happiness report* (p. 167). New York: The Earth Institute, Columbia University.

Hollander A-C, Dalman C. (2020). Utrikesfödda använder mindre psykiatrisk vård än svenskfödda de första åren i Sverige. Olika barriärer förekommer – men vårdanvändandet ökar över tid. *Läkartidningen* 117:FTPT.

Holmberg, K., Sundelin, C., & Hjern, A. (2013). Screening for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): can high-risk children be identified in first grade? *Child: Care, Health and Development*, 39(2), 268–276.

Idring, S., Rai, D., Dal, H., Dalman, C., Sturm, H., Zander, E., Lee, B. K., Serlachius, E., & Magnusson, C. (2012). Autism spectrum disorders in the Stockholm Youth Cohort: design, prevalence and validity. *PLoS One*, 7(7), e41280.

Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jästad, A., Cosma, A., Kelly, C., Arnarsson, Á. M., & Samdal, O. (2020). Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. World

- Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332104>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2021). Global Burden of Disease (GBD). <http://www.health-data.org/gbd>
- Ivert AK, Merlo J, Svensson R, Levander MT. (2013). How are immigrant background and gender associated with the utilisation of psychiatric care among adolescents? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(5):693-9.
- Jablonska B, Dalman C, Wicks S. (2021). Förekomst av psykisk ohälsa och vårdkonsumtion i Stockholms län bland ungdomar och vuxna: Geografisk variation och samband med bostadsområdets socioekonomiska struktur. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; Rapport 2021:4
- Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health (Vol. 136). Basic Books.
- Jane Costello, E., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(12), 1263-1271.
- Jarbin, H., Andersson, M., Råstam, M., & Ivarsson, T. (2017). Predictive validity of the K-SADS-PL 2009 version in school-aged and adolescent outpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(4), 270-276.
- Johannisson, K. (2009). Melankoliska rum: om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid. Stockholm: Albert & Bonniers.
- Kadesjö, B., & Gillberg, C. (1998). Attention deficits and clumsiness in Swedish 7-year-old children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 40(12), 796-804.
- Kärfve, E. (2000). Hjärnsnöken: DAMP och hotet mot folkhälsan. Brutus Östlings Bokförlag Symposium.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.
- Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y.-J., Fombonne, E., Laska, E., Lim, E.-C., Cheon, K.-A., Kim, S.-J., Kim, Y.-K., Lee, H., Song, D.-H., & Grinker, R. R. (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *The American Journal of Psychiatry*, 168(9), 904-912.
- Kodning inom psykiatri. (n.d.). Retrieved June 13, 2021, from <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/icd-10/psykiatrikoder/>
- Köhler, L. (2019). NordChild - Hälsa och välfärd bland barn och ungdom i de nordiska länderna [Data set]. <https://snd.gu.se/sv/catalogue/study/snd1091/1>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
- Kroenke, K., Strine, T. W., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Berry, J. T., & Mokdad, A. H. (2009). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), 163-173.
- Lachman, M. E., & Weaver, S. L. (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 763-773.
- Larsson, B., & Frisk, M. (1999). Social competence and emotional/behaviour problems in 6-16 year-old Swedish school children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8(1), 24-33.
- Larsson, B., & Melin, L. (1990). Depressive symptoms in Swedish adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(1), 91-103.
- Larsson, J.-O., Larsson, H., & Lichtenstein, P. (2004). Genetic and environmental contributions to stability and change of ADHD symptoms between 8 and 13 years of age: a longitudinal twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1267-1275.
- Lundin, A., & Dalman, C. (2020). Psykisk ohälsa mätt med the General Health Questionnaire. En validering i Stockholms län. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. <https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/rapport-2020.5-psykisk-ohalsa-matt-med-the-general-health-questionnaire.pdf>
- Lundström, S., Reichenberg, A., Anckarsäter, H., Lichtenstein, P., & Gillberg, C. (2015). Autism phenotype versus registered diagnosis in Swedish children: prevalence trends over 10 years in general population samples. *BMJ*, 350, h1961.
- Magnusson, C., Idring, S., & Dalman, C. (2014). Autismspektrumtillstånd bland barn och unga i Stockholms län. Faktablad 2014: 2. Stockholms läns landsting, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin.
- McIntyre, R. S., Berk, M., Brietzke, E., Goldstein, B. I., López-Jaramillo, C., Kessing, L. V., Malhi, G. S., Nierenberg, A. A., Rosenblatt, J. D., Majeed, A., Vieta, E., Vinberg, M., Young, A. H., Mansur, R. B. (2020). Bipolar disorders. *Lancet*, 5;396(10265):1841-1856. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31544-0. PMID: 33278937.
- Van Meter, A., Moreira, A. L. R., Youngstrom, E. (2019). Updated Meta-Analysis of Epidemiologic Studies of Pediatric Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry*, 2;80(3):18r12180. doi: 10.4088/JCP.18r12180. PMID: 30946542.

- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E., Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*, 68(3):241-51. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.12. PMID: 21383262; PMCID: PMC3486639.
- Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Benjet C, Georgiades K, Swendsen J. (2010) Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 49(10):980-9.
- Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., Dermota, P., Wei, W., & Milos, G. (2016). The prevalence, correlates, and help-seeking of eating disorders in Switzerland. *Psychological Medicine*, 46(13), 2749–2758.
- Narusyte, J., Hadlaczyk, G., Sörberg Wallin, A., Dalman, C., Kosidou, K. (2021). Tidigare vårdkonsumtion bland alla personer som dog i suicid i Stockholms län år 2011 till 2016. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; Rapport 2021:2.
- NASP. (2021). Nationellt centrum för Suicidforskning och prevention - Statistik. <https://ki.se/nasp/statistik-0>
- Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor. (n.d.-a). Retrieved January 22, 2021, from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>
- Nygren, G., Cederlund, M., Sandberg, E., Gillstedt, F., Arvidsson, T., Carina Gillberg, I., Westman Andersson, G., & Gillberg, C. (2012). The prevalence of autism spectrum disorders in toddlers: a population study of 2-year-old Swedish children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(7), 1491–1497.
- Olsson, G. I., & von Knorring, A. L. (1999). Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(5), 324–331.
- Ouvinen. (1985). Jag tycker jag är. Instrument för bedömning av självbild. Psykologförlaget.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(3), 345–365.
- Popper, K. (2014). *Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge*. Routledge, 361.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czibalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J., & Kidscreen Group, E. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5(3), 353–364.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Nickel, J., Richter, M., & Suhrcke, M. (2008). Socioeconomic inequalities in mental health among adolescents in Europe. *Social Cohesion for Mental Well-Being among Adolescents*, 26–42.
- Utredningen om mått på livskvalitet. (2015). Om mått på livskvalitet, SOU 2015:56. Stockholm: Regeringskansliet.
- Robitail, S., Ravens-Sieberer, U., Simeoni, M.-C., Rajmil, L., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Cloetta, B., Czemy, L., Mazur, J., Czibalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J., Auquier, P., & KIDSCREEN Group. (2007). Testing the structural and cross-cultural validity of the KIDSCREEN-27 quality of life questionnaire. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 16(8), 1335–1345.
- Roh, B.-R., Jung, E. H., & Hong, H. J. (2018). A Comparative Study of Suicide Rates among 10–19-Year-Olds in 29 OECD Countries. *Psychiatry Investigation*, 15(4), 376–383.
- Rutter, M., Kim-Cohen, J., & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(3-4), 276–295.
- Rydell, M., Lundström, S., Gillberg, C., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2018). Has the attention deficit hyperactivity disorder phenotype become more common in children between 2004 and 2014? Trends over 10 years from a Swedish general population sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 59(8), 863–871.
- SBU. (2005). Behandling av ångestsyndrom. Volym 2. https://www.sbu.se/contentassets/9d72344e14304869ab29e-0b9e1274127/angest_vol_2.pdf
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 543–548.
- SNS. (2021). Vad kan förklara regionala skillnader i svensk hälso- och sjukvård? <https://www.sns.se/artiklar/sns-analys-75-vad-kan-forklara-regionala-skillnader-i-svensk-halso-och-sjukvard/>
- Socialstyrelsen. (2021a). Statistikdatabaser - Diagnoser - Slutna vård. https://sdb.socialstyrelsen.se/if_par_val.aspx
- Socialstyrelsen. (2021b). Statistikdatabaser - Dödsorsaksstatistik - Val. https://sdb.socialstyrelsen.se/if_dor/resultat.aspx
- Socialstyrelsen. (2021c). Patientregistret. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/patientregistret/>
- Socialstyrelsen, & Borgå, P. (1997). Vad är psykisk sjukdom, störning, ohälsa och psykiskt friskt? Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, & SKR. (2020). Begrepp inom området psykisk hälsa. Version 2020. https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2020/08/PM_Begrepp-inom-omr%C3%A5det-psyisk-h%C3%A4lsa.pdf
- Söderqvist, F., & Larm, P. (2021). Monitoring Positive Mental Health in Swedish Adolescents: Psychometric Evaluation of the Mental Health Continuum--Short Form. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01626-6>
- Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., & Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 11, 04009.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097.
- Staples, L. G., Dear, B. F., Gandy, M., Fogliati, V., Fogliati, R., Karin, E., Nielsen, O., & Titov, N. (2019). Psychometric properties and clinical utility of brief measures of depression, anxiety, and general distress: The PHQ-2, GAD-2, and K-6. *General Hospital Psychiatry*, 56, 13–18.
- Statistiska centralbyrån. (2019). Bortfallsmönster i Undersökningarna av barns levnadsförhållanden 2010- 2017. SCB.
- Statistiska centralbyrån. (2021a). Kvalitetsdeklaration: Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC). SCB.
- Statistiska centralbyrån. (2021b). Undersökningar av barns levnadsförhållanden. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningar-na-av-barns-levnadsforhallanden/>
- Statistiska centralbyrån. (2021c). Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC). <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningar-na-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/>
- Statistiska centralbyrån. (2021d). Barns hälsa efter indikator, redovisningsgrupp och kön. https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__LE__LE0106__LE0106A/LE0106Halsa/
- Taylor, M. J., Rosenqvist, M. A., Larsson, H., Gillberg, C., D'Onofrio, B. M., Lichtenstein, P., & Lundström, S. (2020). Etiology of Autism Spectrum Disorders and Autistic Traits Over Time. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 936–943.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 63.
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994–e1001.
- Wallerblad, A., Möller, J., & Forsell, Y. (2012). Care-Seeking Pattern among Persons with Depression and Anxiety: A Population-Based Study in Sweden. *International Journal of Family Medicine*, 2012, 895425.
- Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative? *Social Indicators Research*, 24(1), 1–34.
- WHO. (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 1946. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- WHO. (2018, March 30). Mental health: strengthening our response. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Wicks, S., & Dalman, C. En validering av Nationella Patientregistret avseende vård för psykisk ohälsa – en jämförelse med VAL. [Manuscript in preparation]. The Department of Global Public Health. Karolinska Institutet.
- Wickström, A., & Kvist-Lindholm, S. (2020). Young people's perspectives on the symptoms asked for in the Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) survey. *Childhood*. <https://doi.org/10.1177/0907568220919878>
- Wikipedia contributors. (n.d.). Den nikomachiska etiken. Retrieved 2021, from https://www.wikiwand.com/sv/Den_nikomachiska_etiken
- Wikipedia contributors. (2021). Positive psychology. https://www.wikiwand.com/en/Positive_psychology
- Williams, J. G., Higgins, J. P. T., & Brayne, C. E. G. (2006). Systematic review of prevalence studies of autism spectrum disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(1), 8–15.
- Wirback T, Möller J, Larsson JO, Engström K. (2018). Social differences in diagnosed depression among adolescents in a Swedish population based cohort. *BMC Psychiatry*, 18(1):216.
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological medicine*, 28(1), 109–126.
- World Health Organization, & WHO Staff. (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization.
- Zetterqvist, M., Lundh, L.-G., Dahlström, Ö., and Svedin, C. G. (2013). Prevalence and Function of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in a Community Sample of Adolescents, Using Suggested DSM-5 Criteria for a Potential NSSI Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 759–773.

Bilagor

Bilaga 1 - Tabellunderlag till figurer i avsnittet om förekomst om psykiska besvär

Tabell 1: Andel (%) flickor och pojkar 11-15 år med nedstämdhet, nervositet, och sömnproblem ungefär varje dag

	1985	1993	1997	2001	2005	2009	2013	2017
<i>Nedstämd ungefär varje dag (11-15 år)</i>								
Flickor	3	4	6	7	8	6	9	13
Pojkar	1	2	2	3	3	3	3	4
<i>Nervös ungefär varje dag (11-15 år)</i>								
Flickor	3	3	4	4	4	4	6	9
Pojkar	1	2	3	3	2	2	3	3
<i>Sömnproblem ungefär varje dag (11-15 år)</i>								
Flickor	8	8	9	10	11	9	15	17
Pojkar	7	8	7	10	7	7	12	10

Källa: Skolbarns hälsovanor (Folkhälsomyndigheten)

Tabell 2. Andel (%) flickor och pojkar (12-18 år) som ganska ofta/för det mest varit ledsen/nere och spänd/nervös (år 2018/2019)

	Flickor	Pojkar
Ganska ofta/för det mesta ledsen eller nere	19	5
Ganska ofta/för det mesta spänd och nervös	28	15

Källa: Undersökningarna av barns levnadsförhållanden (Statistiska centralbyrån)

Tabell 3: Europeiska jämförelser av andel (%) flickor och pojkar (11-15 år) som känner sig nere, är nervösa, eller har sömnproblem mer än gång per vecka (2017/2018)

Sverige	Flickor	Pojkar	Europa (44 länder)	Flickor	Pojkar
Nedstämd > 1/vecka	30	14	Nedstämd > 1/vecka	24	13
Nervös > 1/vecka	27	15	Nervös > 1/vecka	29	20
Sömnproblem > 1/vecka	34	26	Sömnproblem > 1/vecka	27	20

Källa: WHO

Källa: WHO

Tabell 4: Andel (%) unga kvinnor och män, 16-29 år, med svår ångslan, oro och ångest, svåra sömnbesvär, generella psykiska besvär

	1998	2000	2002	2004	2005	2006	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
--	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Svår ångslan, oro, ångest (16-29 år)

Kvinnor

	ULF	4	5	5	6	-	9	10	-	9	-	8	-	11	-	14	-	15	-	14
	HLV	-	-	-	10	9	9	7	8	8	9	10	10	10	12	13	-	20	-	18

Män

	ULF	2	2	1	3	-	2	4	-	2	-	5	-	7	-	8	-	9	-	10
	HLV	-	-	-	5	5	4	4	5	4	5	5	5	7	4	7	-	7	-	9

Svåra sömnbesvär (16-29 år)

Kvinnor

	HLV	-	-	-	6	5	7	4	5	5	4	5	6	6	6	8	-	10	-	8
--	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---	---

Män

	HLV	-	-	-	5	4	4	3	3	3	3	5	3	5	4	5	-	5	-	8
--	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Generella psykiska besvär

Kvinnor

	HLV	-	-	-	28	25	25	20	22	23	23	21	25	25	25	24	-	29	-	33
--	-----	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	----	---	----

Män

	HLV	-	-	-	13	11	14	10	10	14	10	12	12	15	14	14	-	17	-	19
--	-----	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	----	---	----

Källa: ULF=Undersökningarna av levnadsförhållanden (Statistiska centralbyrån),
HLV=Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor (Folkhälsomyndigheten)

Tabell 5: Europeiska jämförelser av andel (%) unga kvinnor och män (15-29 år) med depressiva besvär 2014/2015

Andel med depressiva symptom (PHQ8)	Flickor	Pojkar
Sverige	15	9
EU (27 länder)	6	4

Bilaga 2 - Underlag till GBD-studien

Svenska och europeiska studier i GBD

Tabell 6 visar antal svenska och europeiska studier för psykiatriska tillstånd i Sverige och Europa i alla åldrar som GBD använder i sina beräkningar, samt antal studier och

publiceringsår för åldrarna 10–24 år i Sverige. För mer information om studierna se <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2019/data-input-sources>. Referenser anges för de svenska studierna för åldersgruppen 10–24 år.

Tabell 6 : Antal studier för psykiatriska sjukdomar i Sverige och i Europa alla åldrar

<i>Diagnos</i>	<i>Antal studier (alla åldrar)</i>	<i>Antal studier (åldrar 10–24 år)</i>	<i>Publiceringsår svenska studier* (åldrar 10–24 år)</i>	<i>Antal studier (ålder 10–17 år)</i>	<i>Publiceringsår svenska studier (ålder 10–17 år)</i>
<i>Depressionstillstånd</i>					
<i>Sverige</i>	10	5	1997, 1998–2000, 1999, 2012, 2013	1	1999
<i>Europa</i>	132	93			
<i>Ångest</i>					
<i>Sverige</i>	1	0	0	0	
<i>Europa</i>	55	44			
<i>Autism</i>					
<i>Sverige</i>	10	5	2006, 2011, 2012, 2015, 2016	5	2006, 2011, 2012, 2015, 2016
<i>Europa</i>	62	27			
<i>ADHD</i>					
<i>Sverige</i>	3	2		2	2000, 2013
<i>Europa</i>	49	28			

*se lista på sid 62

Referenser till svenska studier av psykiatriska tillstånd för åldersgruppen 10-24 år

***Depressionstillstånd**

1. Gale CR, Batty GD, Osborn DP, Tynelius P, Whitley E, Rasmussen F. Association of mental disorders in early adulthood and later psychiatric hospital admissions and mortality in a cohort study of more than 1 million men. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69(8): 823-31.

2. Olsson GI, von Knorring AL. Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99(5): 324-31.

3. Johansson R, Carlbring P, Heedman A, Paxling B, Andersson G. Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: point prevalence and the effect on health-related quality of life. *PeerJ* 2013; 1: e98.

4. World Health Organization (WHO). Sweden World Health Survey 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO), 2005.

5. Karolinska Institute (Sweden), National Institute for Working Life (Sweden). Sweden - Stockholm County PART Study, Phase I 1998-2000.

***Ångest:** 0

***Autism**

1. Hultman CM, Sandin S, Levine SZ, Lichtenstein P, Reichenberg A. Advancing paternal age and risk of autism: new evidence from a population-based study and a meta-analysis of epidemiological studies. *Mol Psychiatry* 2011; 16(12): 1203-12.

2. Idring S, Lundberg M, Sturm H, et al. Changes in prevalence of autism spectrum disorders in 2001-2011: findings from the Stockholm youth cohort. *J Autism Dev Disord* 2015; 45(6): 1766-73.

3. Idring S, Rai D, Dal H, et al. Autism spectrum disorders in the Stockholm Youth Cohort: design, prevalence and validity. *PLoS One* 2012; 7(7): e41280.

4. Hirvikoski T, Mittendorfer-Rutz E, Boman M, Larsson H, Lichtenstein P, Bolte S. Premature mortality in autism spectrum disorder. *Br J Psychiatry* 2016; 208(3): 232-8

5. Gillberg C, Cederlund M, Lamberg K, Zeijlon L. Brief report: "the autism epidemic". The registered prevalence of autism in a Swedish urban area. *J Autism Dev Disord* 2006; 36(3): 429-35.

***ADHD**

1. Holmberg K, Sundelin C, Hjern A. Screening for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): can high-risk children be identified in first grade? *Child Care Health Dev* 2013; 39(2): 268-76.

2. Rasmussen P, Gillberg C. Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(11): 1424-31.

Bilaga 3 - Metod samt definitioner av diagnoser från vårddata

Metod vård

Vårddata togs fram ur Region Stockholms vårdregister, de så kallade VAL-databaserna där i princip alla besök och inläggningar på regionfinansierade kliniker finns redovisade. Personer med slutenvård eller öppenvård

(fysiskt besök) inom specialistvård likväl som inom primärvård redovisas under aktuellt år. Samma diagnoskoder användes som underlag för att ta fram data om förekomst utifrån GBD. Diagnosgrupperna är:

Diagnos	ICD-10
Depressionstillstånd	F32-F33.9, F34.1, F32-F33.9, F34.1
Ångest	F40-F44.9, F93-F93.2
ADHD	F90-F90.9
Autism	F84-F84.9
Självskador och självmord	X60-X64.9, X66-X84.9, Y87.0

Observera att en person kan förekomma i mer än en diagnosgrupp



www.forte.se