

Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna

Till och med 2016

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till
alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2017-12-29

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2017

Förord

I denna rapport beskriver Socialstyrelsen utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna till och med 2016. Rapporten beaktar ökningen av olika psykiatriska diagnoser, förskrivningen av läkemedel vid psykisk ohälsa, och konsekvenser av tidig psykisk ohälsa. Rapporten vänder sig till professionen och olika beslutsfattare men även till den allmänt intresserade.

Rapporten har tagits fram av Marie Berlin, utredare, och Peter Salmi, projektledare. Värdefulla synpunkter har inhämtats från Ylva Ginsberg och Barbro Thurffjell, sakkunniga inom vuxen- respektive barn- och ungdomspsykiatri, och Birgitta Norstedt Wikner, sakkunnig inom klinisk farmakologi. Ansvarig enhetschef har varit Maria State.

Natalia Borg
Avdelningschef
Utvärdering och analys

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Bakgrund	8
Utvecklingen de senaste åren	8
Psykiatriska diagnoser	10
Depressioner och ångestsyndrom vanligast	11
Ytterligare psykiatriska diagnoser bland unga vuxna	13
Psykofarmaka	15
Antidepressiv läkemedelsbehandling vid depressioner	16
Övriga psykofarmaka	17
Konsekvenser av tidig psykisk ohälsa	18
Diskussion	20
Den psykiska ohälsan fortsätter att öka	20
Läkemedelsbehandling vid psykisk ohälsa	20
Konsekvenser av psykisk ohälsa	21
Referenser	23
Bilaga. Metodbeskrivning	24
Psykiatriska diagnoser	24
Psykofarmaka	24
Figurer och tabeller	25

Sammanfattning

Psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna ökar. Omkring 10 procent av flickor, pojkar och unga män har någon form av psykisk ohälsa, utifrån uppgifter i Socialstyrelsens nationella hälso- och dataregister 2016. Motsvarande siffra för unga kvinnor är 15 procent.

De diagnoser som främst bidrar till ökningen är depressioner och olika ångestsyndrom. Diagnoser som tyder på skadligt bruk och beroende av olika substanser ökar också, särskilt bland unga män. Psykisk ohälsa kommer sannolikt att fortsätta öka åtminstone en tid framöver, eftersom studien visar att nya sjukdomsfall blir långvariga och kumuleras över tid som befintliga fall.

Samtidigt som psykisk ohälsa ökar bland barn och unga vuxna ökar också förskrivningen av psykofarmaka vid psykisk ohälsa. En ökad förskrivning är en konsekvens av att allt fler diagnostiseras med psykisk ohälsa, eftersom andelen som förskrivs läkemedel efter diagnos har legat konstant över tid. Det har således inte skett någon förändring av behandlingspraxis, som har påverkat förskrivningen. Omkring 70–80 procent av barn och unga vuxna påbörjar behandling med ett antidepressivt läkemedel efter att ha diagnostiserats med depression. Andelen har varit oförändrad åtminstone de senaste 10 åren. Rekommendationen i Socialstyrelsens nationella riktlinjer är att hälso- och sjukvården bör kunna erbjuda psykologisk behandling vid depressioner och olika ångestsyndrom. Detta är något som på sikt kan påverka behandlingspraxis och eventuellt minska behovet av läkemedelsbehandling.

Socialstyrelsen kan konstatera att barn och unga vuxna som diagnostiseras med depression eller ångestsyndrom riskerar långa sjukdomsförlopp med fortsatt behov av psykiatrisk vård och läkemedelsbehandling. Det finns även en förhöjd risk för suicidförsök och suicid över tid. Samtidigt uppstår också svårigheter att exempelvis fullfölja utbildning, med följd att gruppen med psykisk ohälsa i större utsträckning har lägre utbildning än de unga som inte har vårdats för depressioner eller ångestsyndrom.

Socialstyrelsen ser det som angeläget att fortsätta följa utvecklingen av en ökad psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna utifrån myndighetens roll på området. En ökad kunskap om utvecklingen kan hjälpa olika aktörer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst att möta behovet som uppstår av en försämrad psykisk hälsa bland unga. Orsakerna till ökningen i psykisk ohälsa är dessutom fortfarande okända. Omfattningen i ökningen, som alltså innefattar stora delar av ungdomsgruppen, tyder dock på att orsakerna rör ungas livsvillkor generellt, som skolperioden eller inträdet till arbetsmarknad och vuxenliv.

Bakgrund

Under de senaste 20 åren har psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna i Sverige ökat i större omfattning än i övriga nordiska länder [1]. Ökningen rör såväl självrapporterade psykiska besvär som diagnostiserade psykiska sjukdomar. Orsakerna till utvecklingen i Sverige är oklar men Socialstyrelsen ser det som angeläget att följa och beskriva utvecklingen närmare mot bakgrund av myndighetens roll. En central uppgift för Socialstyrelsen är att förbättra situationen för barn och unga som har psykisk ohälsa genom att exempelvis bidra med statistik och kunskap inom området. Myndigheten publicerar också nationella riktlinjer på området och granskar för närvarande överenskommelsen mellan staten och Sveriges kommuner och landsting med avseende på stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa.

I ett antal rapporter har Socialstyrelsen även återkommit till utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna genom att närmare beskriva och analysera den [2,3,4]. Resultaten från de projekten kan fungera som kunskapsunderlag, inte bara för myndighetens kunskapsstyrande arbete på området, utan även för exempelvis professionen i deras roll att möta behovet som uppstår av en ökande psykisk ohälsa bland unga.

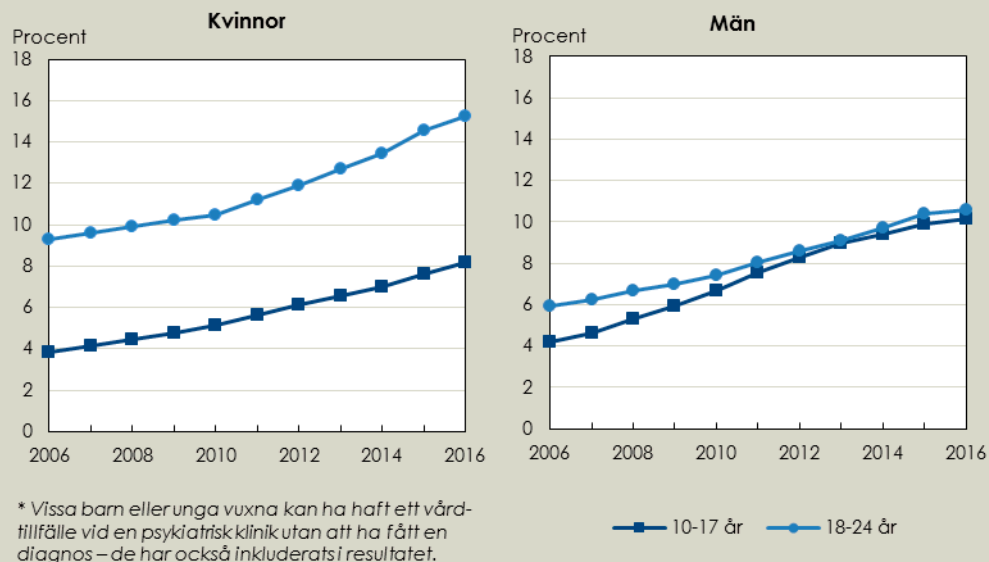
Utvecklingen de senaste åren

Kännetecknande för ökningen i psykisk ohälsa bland barn och unga i Sverige är att den återfinns i hela ungdomspopulationen. Även om andelen med psykisk ohälsa är högre bland barn och unga vuxna med svåra psykosociala förhållanden, så ökar förekomsten av psykisk ohälsa generellt i hela ungdomsgruppen [3]. Detta kan tyda på att orsaker till ökningen går att finna i miljöer där de flesta ungdomar vistas, exempelvis under skolperioden eller vid inträdet på arbetsmarknaden och till vuxenlivet.

Figur 1 visar utvecklingen av barns och unga vuxnas kontakter med hälso- och sjukvården för bedömning och behandling av psykisk ohälsa under perioden 2006–2016. Resultaten i figuren baseras på läkarbesök inom specialiserad öppenvård eller sjukhusvård som har lett till psykiatrisk diagnos. Även barn och unga som har förskrivits läkemedel vid psykisk ohälsa, där också förskrivning inom primärvården ingår, är inkluderade i resultatet. Omkring 10 procent av flickor och pojkar samt unga män hade psykisk ohälsa år 2016, så som psykisk ohälsa definieras i figuren. När det gäller unga kvinnor var motsvarande siffra omkring 15 procent. Detta motsvarar, i totalt antal, ungefär 34 200 flickor respektive 45 300 pojkar i åldersgruppen 10–17 år, och 63 400 unga kvinnor respektive 47 200 unga män i åldersgruppen 18–24 år.

Figur 1. Psykisk ohälsa bland barn och unga

Andel barn och unga med minst ett vårdtillfälle inom slutenvård eller specialiserad öppenvård för någon psykiatrisk diagnos* eller minst ett uttag av psykofarmaka, där förskrivningar inom primärvården ingår.



I denna rapport analyseras ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna i tre olika fördjupningsavsnitt; 1) ökningen av olika psykiatriska diagnoser, 2) läkemedel vid psykisk ohälsa, och 3) konsekvenser av att i unga år få en psykiatrisk diagnos. Resultaten som presenteras är baserade på uppgifter som har hämtats från Socialstyrelsens nationella hälsodataregister, utbildningsregistret samt dödsorsaksregistret. I en bilaga till rapporten beskrivs studiens metod och genomförande närmare.

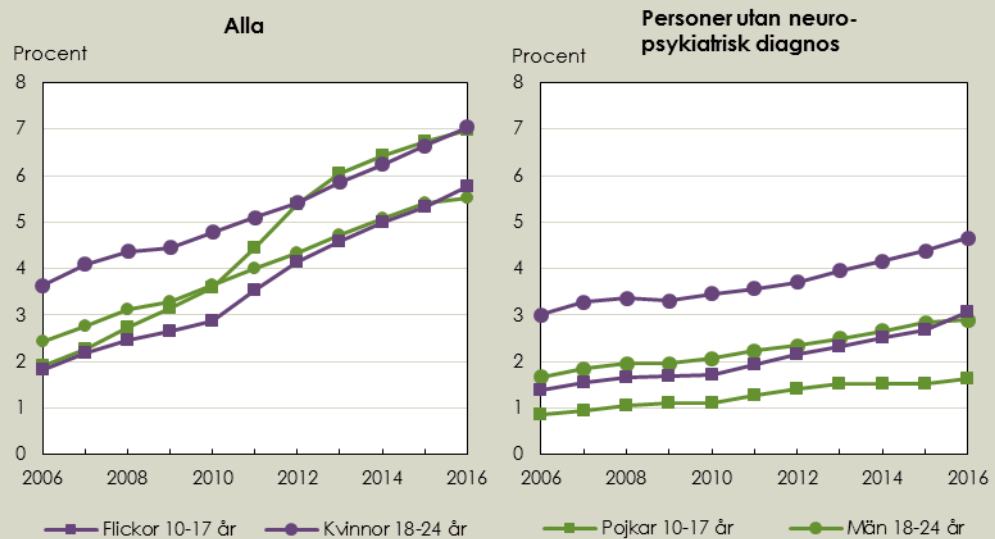
Psykiatriska diagnoser

Psykisk ohälsa kan betraktas som ett övergripande begrepp som omfattar både självrapporterade psykiska besvär, som oro eller nedstämdhet, och psykiska sjukdomar som hälso- och sjukvården diagnostiserar och behandlar. Till Socialstyrelsens patientregister inrapporteras psykiatriska diagnoser som har fastställts vid läkarbesök inom specialiserad vård eller vid sjukhusvård. Uppgifter om psykisk ohälsa i myndighetens register handlar således om psykiska sjukdomstillstånd eller syndrom.

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att de diagnoser som framför allt har ökat bland barn och unga vuxna utgörs av depressioner eller olika ångestsyndrom [4]. Jämsides med den generella ökningen av psykisk ohälsa ökar dock också diagnostiseringen av olika neuropsykiatriska tillstånd, som adhd och autism. Barn och unga vuxna som diagnostiseras med neuropsykiatriska tillstånd har ofta samsjuklighet i annan psykisk ohälsa, men psykisk ohälsa ökar även bland dem utan sådan samsjuklighet (figur 2).

Figur 2. Psykisk ohälsa och samsjuklighet i neuropsykiatriska tillstånd

Andel barn och unga vuxna som har vårdats för någon psykiatrisk diagnos inom slutenvård eller specialiserad öppenvård, alla respektive personer utan neuropsykiatrisk diagnos. Åren 2006-2016. Procent.



En jämsides ökning av neuropsykiatriska tillstånd och psykisk ohälsa kan betraktas som två parallella utvecklingstrender. Medan den ökade diagnostiseringen av olika neuropsykiatriska tillstånd är en följd av ökad medvetenhet och kunskap [5,6], talar flera faktorer för att ökningen av psykisk ohälsa i form av depressioner och ångestsyndrom kan vara reell. Studier har till exempel påvisat ett samband mellan självrapporterade tidiga psykiska besvär

och senare psykisk sjukdom som depressioner och ångestsyndrom [4]. Ökningen av självrapporterade besvär som oro och nedstämdhet bland unga har således medfört att fler behöver specialiserad vård för depressioner och ångestsyndrom.

Depressioner och ångestsyndrom vanligast

Depressioner och ångestsyndrom¹ bidrar särskilt till ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Socialstyrelsen har analyserat utvecklingen av incidens och prevalens av båda tillstånden för tidsperioden 2008–2016 (figur 3 och 4). Både incidens och prevalens mäter förekomst av depression och ångestsyndrom – men ur olika aspekter. Incidensen utgör andelen nya sjukdomsfall, här under ett givet kalenderår inom respektive åldersklass, medan prevalensen är andelen befintliga sjukdomsfall under ett givet kalenderår inom respektive åldersklass. Incidensen uttrycker alltså en sannolikhet *för att bli sjuk*, medan prevalensen uttrycker en sannolikhet *för att ha sjukdom* (där även de nya sjukdomsfallen ingår). De individer som insjuknar ett visst kalenderår och fortsätter att vara sjuka nästföljande kalenderår övergår till att vara prevalenta fall².

Av figur 3 och 4 framgår att prevalensen av depressioner och ångestsyndrom har ökat under perioden 2008–2016. Ångestsyndrom är vanligare än depressioner bland båda könen och åldersgrupperna. Bland barn finns dessutom en mer uttalad ökning av incidensen av båda diagnoserna under tidsperioden. Prevalensen (nya fall summerat med ej nya fall) av depressioner var 1 110 respektive 1 460 per 100 000 invånare år 2016 bland flickor 10–17 år respektive kvinnor 18–24 år. I absoluta tal utgör det sammanlagt cirka 4 600 flickor och cirka 6 100 unga kvinnor. Prevalensen av ångestsyndrom bland flickor och unga kvinnor var 1 680 respektive 2 630 per 100 000 invånare år 2016, vilket i absoluta tal utgör sammanlagt cirka 7 000 flickor och cirka 11 000 unga kvinnor.

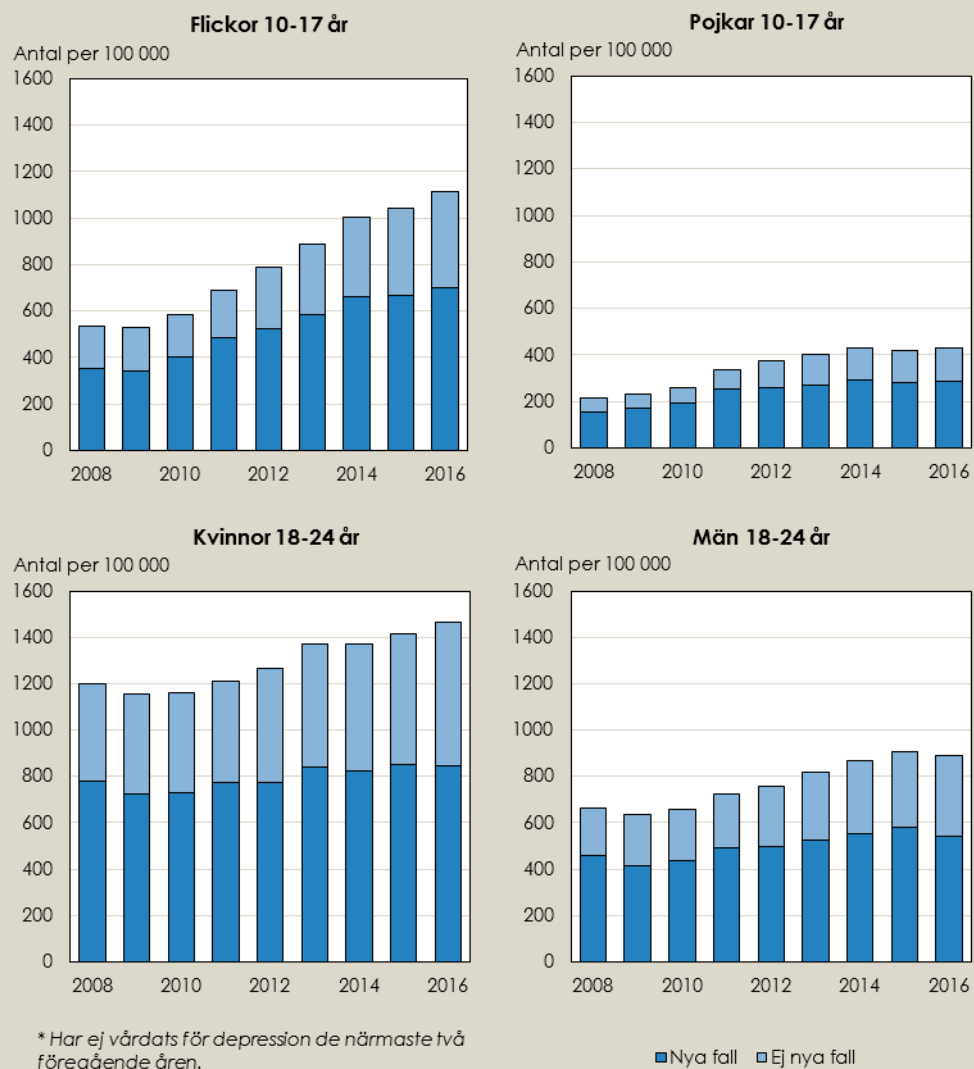
Det är troligt att depressioner och ångestsyndrom kommer att fortsätta öka bland barn och unga vuxna åtminstone den närmaste perioden framöver. Förhållandet mellan de två måtten incidens och prevalens pekar på det. Ökningen i prevalens över tid speglar nya sjukdomstillstånd som blir långvariga och kumuleras som befintliga fall (utifrån att incidens som blir varaktig blir lika med prevalens). En fortsatt ökning av psykisk ohälsa framöver kommer att bli särskilt tydlig där incidensen ökar markant – under dessa förhållanden kommer individer kumuleras i en ökad takt i den prevalenta populationen.

¹ De vanligaste diagnoskoderna (ICD-10) för depressioner var: F329, F321, F331 (båda könen). Motsvarande för ångestsyndrom var: F419, F412, F430 (män), F412, F419, F430 (kvinnor).

² För att Socialstyrelsens ska få uppgift om diagnos och kunna beräkna incidens och prevalens, krävs att diagnosen depression eller ångestsyndrom har fastställts vid ett läkarbesök inom specialiserad öppenvård eller vid ineliggande vård på sjukhus. Detta innebär att om ett incidensfall ska övergå till att vara ett prevalent fall året därpå i myndighetens analyser måste individen ha haft ett återbesök hos läkare eller åter ha vårdats på sjukhus för att ingå i analysen. I den meningen underskattas därför sannolikt prevalensen mer än incidensen i denna studie eftersom individer inte behöver ha haft fler läkarbesök eller återinläggningar efter diagnos trots att sjukdom fortfarande kan föreligga – fortsatta kontakter kan utgöras av andra yrkeskategorier än läkare beträffande exempelvis behandling och förnyelse av läkemedelsrecept.

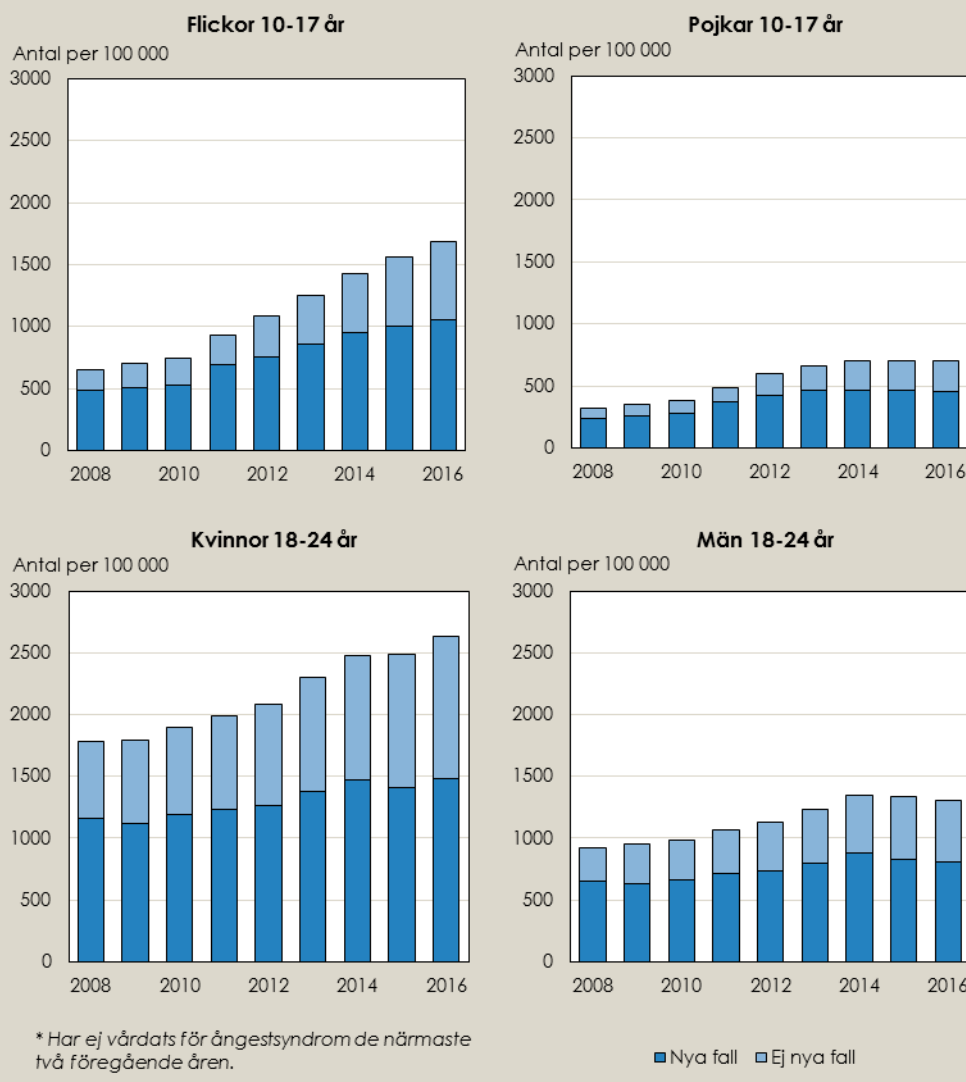
Figur 3. Utvecklingen av depressioner

Andel barn och unga vuxna som har vårdats för depression inom specialiserad öppenvård eller slutenvård, totalt och därav nya fall*. Åren 2008–2016. Antal per 100 000.



Figur 4. Utvecklingen av ångestsyndrom

Andel barn och unga vuxna som har vårdats för olika ångestsyndrom inom specialiserad öppenvård eller slutenvård, totalt och därav nya fall*. Åren 2008–2016. Antal per 100 000.



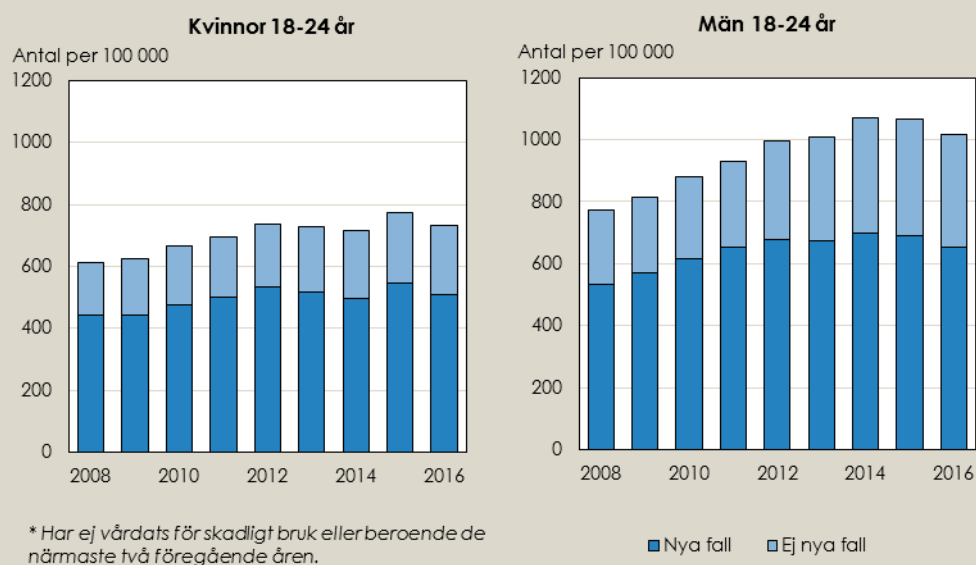
Ytterligare psykiatriska diagnoser bland unga vuxna

Förutom ökningen av depressioner och ångestsyndrom, har det även skett en ökning av vissa andra psykiatriska diagnoser bland unga vuxna. Framförallt har diagnoser som indikerar ett skadligt bruk eller beroende av olika substanser ökat. Ökningen gäller både unga män och unga kvinnor men det är nästan 1,5 gånger vanligare att unga män vårdas för dessa diagnoser (figur 5). År 2016 var prevalensen 1 020 per 100 000 invånare bland unga män och 730 per 100 000 invånare bland unga kvinnor, vilket i absoluta tal utgör sammanlagt cirka 4 500 unga män respektive cirka 3 100 unga kvinnor. Den vanlig-

aste diagnosen inom diagnosgruppen utgörs av akuta förgiftningsfall, så kallade akuta intoxikationer, vilket nödvändigtvis inte behöver indikera att en individ har ett fortsatt eller upprepat intag av substanser. Bland unga män förekommer dock i större omfattning än bland unga kvinnor, även diagnoser som mer specifikt tyder på ett skadligt bruk och beroende av substanser.

Figur 5. Utvecklingen av skadligt bruk och beroende

Andel unga vuxna som har vårdats för skadligt bruk eller beroende av olika substanser inom specialiserad öppenvård eller slutenvård, totalt och därav nya fall*. Åren 2008–2016. Antal per 100 000.



Två diagnoser som också har ökat (visas inte i tabell eller figur), men där förekomsten är omkring en tredjedel så låg som förekomsten av depressioner och olika ångestsyndrom, är bipolärt syndrom och emotionellt instabilt personlighetsyndrom (också kallat emotionellt instabil personlighetsstörning eller borderline personlighetsstörning). Båda diagnoserna är vanligare bland unga kvinnor än bland unga män. Ökningen av emotionellt instabilt personlighetsyndrom gäller dessutom endast unga kvinnor. Bipolärt syndrom är omkring 2,5 gånger vanligare bland unga kvinnor än bland unga män, medan emotionellt instabilt personlighetsyndrom är nästan 5 gånger så vanligt bland kvinnor som bland unga män.

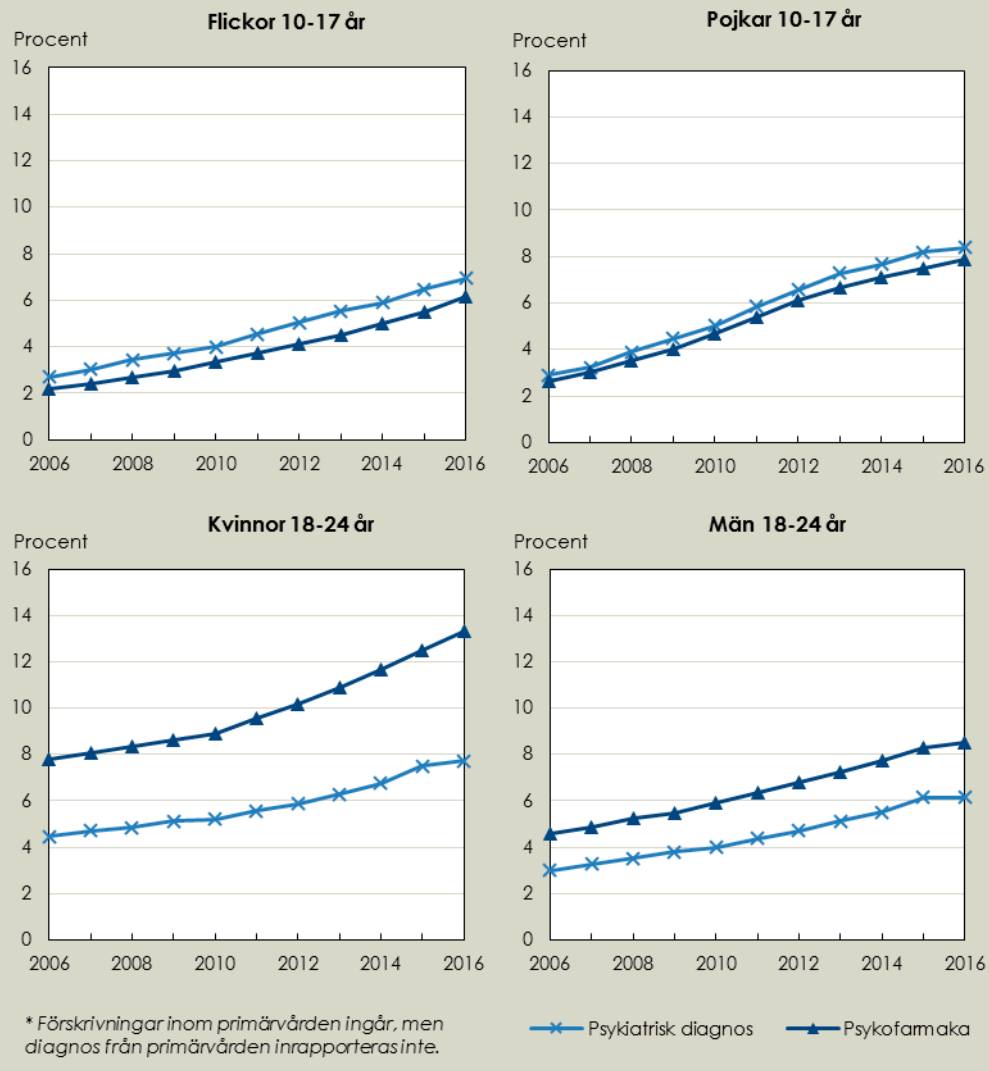
Det är dock osäkert om ökningen av emotionellt instabilt personlighetsyndrom och bipolärt syndrom innebär att fler unga i dag insjuknar med dessa sjukdomstillstånd. Ökningen kan, som för neuropsykiatriska tillstånd, bero på en ökad medvetenhet i dag jämfört med tidigare [7,8].

Psykofarmaka

Psykofarmaka är läkemedel som används vid behandlingen av psykiska sjukdomar. Preparat inom en läkemedelsgrupp kan ofta användas för flera psykiska sjukdomstillstånd, och inte bara för den indikation som läkemedlet ursprungligen har utvecklats för. Till exempel kan vissa antidepressiva läkemedel, utöver behandling av depressioner, användas vid behandling av ångestsyndrom. Behandling med psykofarmaka kan i denna bemärkelse ge en indikation på förekomst och samlad sjukdomsburda av psykisk ohälsa i befolkningen.

Figur 6. Psykisk ohälsa och förskrivning av psykofarmaka

Andel barn och unga vuxna som diagnostiserats med någon form av psykisk ohälsa inom specialiserad öppenvård och andel barn och unga vuxna som har förskrivits* psykofarmaka. Åren 2006-2016. Procent.



Samtidigt som det har skett en ökning av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna har det parallellt skett en ökning av förskrivningen av psykofarmaka. Figur 6 visar utvecklingen av psykiatriska diagnoser som har ställts inom den specialiserade öppenvården och den samtidiga utvecklingen av förskrivningar av psykofarmaka under motsvarande period. Det framgår att en ökad diagnostik följs av ökad förskrivning av psykofarmaka till barn och unga vuxna under den studerade tidsperioden.

Bland barn är psykiatriska diagnoser vanligare än förskrivningar av psykofarmaka, under den studerade tidsperioden. Bland unga vuxna är förhållandet det omvända. Det beror på att barn i lägre utsträckning behandlas med psykofarmaka efter diagnos än vad unga vuxna gör. När det handlar om unga vuxna sker dessutom förskrivningar av psykofarmaka betydligt oftare också inom primärvården (varifrån diagnoser inte inrapporteras till Socialstyrelsens patientregister och därför saknas i myndighetens analyser). Sett över tid är dock den relativa ökningen snarlik för psykiatriska diagnoser och förskrivningar bland barn och unga vuxna.

Antidepressiv läkemedelsbehandling vid depressioner

Läkemedelsbehandling är ofta indicerat vid psykisk ohälsa som diagnostiseras av läkare inom den specialiserade öppenvården. I detta avsnitt redovisar Socialstyrelsen resultat över utvecklingen av antidepressiv läkemedelsbehandling vid depression.

Tabell 1 visar andelen barn och unga vuxna som påbörjade behandling med ett antidepressivt läkemedel efter att ha diagnostiserats med depression under tidsperioden 2007–2013. Som framgår av tabellen påbörjade majoriteten, omkring 70–80 procent, en läkemedelsbehandling varav omkring 1 av 10 barn, och 1 av 5 unga vuxna, stod under behandling i minst tre år efter att de påbörjat läkemedelsbehandling.

Tabell 1. Läkemedelsbehandling efter diagnostiserad depression

Andel barn och unga vuxna som påbörjar antidepressiv läkemedelsbehandling efter att ha diagnostiserats för första gången med depression inom slutenvård eller specialiserad öppenvård under respektive år, samt andel som därefter använt antidepressiva läkemedel i minst 3 år. Minst 3 uttag av läkemedel respektive år. Procent.

År	Påbörjar läkemedelsbehandling*				Fortsatt behandling minst 3 år			
	10-17 år		18-24 år		10-17 år		18-24 år	
	Flickor	Pojkar	Kvinnor	Män	Flickor	Pojkar	Kvinnor	Män
2007	70	67	79	77	14	12	19	14
2008	68	64	78	75	14	10	19	13
2009	67	67	79	78	15	11	18	15
2010	68	63	79	77	15	10	20	14
2011	71	65	79	76	18	13	19	14
2012	67	65	79	75	18	12	19	15
2013	68	65	78	76	19	16	20	15

* Påbörjad läkemedelsbehandling inom 6 månader efter diagnos.

Utveckling över tid visar att det är lika vanligt att behandla med antidepressiva läkemedel i dag som tidigare vid depression. Inte heller har andelen som behandlas över längre perioder, i minst tre år, förändrats över tid. Bland barn skedde 80 procent av förskrivningen av antidepressiva läkemedel inom barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet 2016. Utöver förskrivning inom barn- och ungdomspsykiatri skedde förskrivning av antidepressiva läkemedel i betydligt lägre utsträckning inom primärvård, barnmedicin och habilitering. För unga vuxna stod primärvården och vuxenpsykiatri, till lika stora delar, för majoriteten av förskrivningen av antidepressiva läkemedel.

Övriga psykofarmaka

Utöver antidepressiva läkemedel förskrivs även andra psykofarmaka vid depressioner och ångestsyndrom. Det är framförallt olika lugnande eller ångstdämpande medel och sömnmedel som förskrivs. Enligt samma analys som ovan för antidepressiva läkemedel, förskrevs omkring 20 procent av barnen, och omkring 35 procent av de unga vuxna något av dessa läkemedel vid depression och ångestsyndrom (visas inte i tabell eller figur). Andelen unga som påbörjar behandling med lugnande medel eller sömnmedel har också varit oförändrad över tid, enligt motsvarande analys ovan för antidepressiva läkemedel.

Det har dock skett en gradvis minskning, i synnerhet bland barn, av användningen av bensodiazepiner eller bensodiazepinbesläktade preparat till förmån för hydroxizin och propiomazin. Varken hydroxizin eller propiomazin klassas som beroendeframkallande läkemedel, till skillnad från bensodiazepiner eller bensodiazepinbesläktade preparat. Ett sömnläkemedel som har ökat i användning över tid är melatonin. Detta läkemedel är inte heller beroendeframkallande.

Trenden med en minskad förskrivning av bensodiazepiner eller bensodiazepinbesläktade preparat är inte lika uttalad bland unga vuxna som den är bland barn. Exempelvis förskrevs unga vuxna det bensodiazepinbesläktade preparatet zopiklon i samma utsträckning som propiomazin efter diagnos. Unga vuxna förskrivs dessutom bensodiazepiner eller bensodiazepinbesläktade preparat i större utsträckning än barn.

Konsekvenser av tidig psykisk ohälsa

Depressioner och ångestsyndrom kan ha olika svårighetsgrad med mer eller mindre varaktiga symtom. Barn och unga vuxna, som har vårdats för depressioner och ångestsyndrom inom specialiserad vård, riskerar långdragna sjukdomsförlopp med försämrad hälsa och försämrad funktionsförmåga som följd.

Tabell 2 redovisar psykiatrisk vård, uttag av psykofarmaka, suicidförsök och begångna suicid bland barn och unga vuxna som år 2006 vårdades för depressioner eller ångestsyndrom inom den specialiserade vården. Gruppen följdes därefter upp under en tioårsperiod och jämfördes med en referensgrupp som inte hade vårdats för depression eller ångestsyndrom under år 2006. Av tabellen framgår att de olika utfallen var vanligare bland unga som tidigare hade vårdats för depressioner eller ångestsyndrom.

Tabell 2. Konsekvenser av tidig psykisk ohälsa

Andel med psykiatrisk vård respektive uttag av psykofarmaka 2008–2016, samt suicidförsök respektive suicid 2007–2016, bland barn och unga vuxna som år 2006 diagnostiserades med depression och/eller ångestsyndrom inom slutenvård eller specialiserad öppenvård. Procent.

Ålder 2006	Psykiatrisk vård**	Psykofarmaka**	Suicidförsök***	Suicid***
Pojkar 10–17 år				
Referensgrupp*	15	19	3	0,2
Depression	67	72	11	1,5
Ångest	58	62	10	1,3
Depression och ångest	64	68	10	5,1
Män 18–24 år				
Referensgrupp*	13	23	2	0,2
Depression	70	79	12	1,4
Ångest	65	76	13	1,6
Depression och ångest	81	86	18	3,8
Flickor 10–17 år				
Referensgrupp*	19	29	3	0,1
Depression	72	82	23	0,6
Ångest	66	74	18	0,4
Depression och ångest	81	86	31	2,6
Kvinnor 18–24 år				
Referensgrupp*	16	34	2	0,1
Depression	69	84	16	1,2
Ångest	69	81	14	0,7
Depression och ångest	81	88	25	1,4

* Individer som inte hade vårdats för depressioner eller ångestsyndrom 2006.

** Uppföljning perioden 2008-2016. ***Uppföljning perioden 2007-2016.

Insjuknande i tidig ålder i depressioner eller ångestsyndrom kan också utgöra en risk för försämrade funktionsförmåga. Till exempel kan det bli svårare att tillgodogöra sig studier. I tabell 3 visas högsta uppnådda utbildningsnivå för gruppen unga som insjuknade i depression eller ångestsyndrom 2006. Tabellen visar bland annat att de som vårdades för depression eller ångestsyndrom i högre utsträckning enbart har grundskola som högsta utbildning efter uppföljningstiden.

Tabell 3. Utbildningsnivå efter tidig psykisk ohälsa

Högsta fullföljda utbildningsnivå bland barn och unga vuxna som år 2006 diagnostiserades med depression eller ångestsyndrom. År 2016. Procent.

Ålder 2006	Grundskola	Gymnasium	Eftergymnasial	Summa
Pojkar 10–17 år				
Referensgrupp*	12	61	27	100
Depression	33	49	18	100
Ångest	32	48	20	100
Depression och ångest	36	45	20	100
Män 18–24 år				
Referensgrupp*	11	49	40	100
Depression	26	46	28	100
Ångest	31	45	24	100
Depression och ångest	28	49	23	100
Flickor 10–17 år				
Referensgrupp*	8	52	39	100
Depression	22	47	32	100
Ångest	22	49	29	100
Depression och ångest	25	50	26	100
Kvinnor 18–24 år				
Referensgrupp*	7	36	57	100
Depression	15	41	44	100
Ångest	21	42	37	100
Depression och ångest	21	43	36	100

* Individier som inte hade vårdats för depressioner eller ångestsyndrom 2006.

Diskussion

Den psykiska ohälsan fortsätter att öka

Det är framför allt depressioner och olika ångestsyndrom som bidrar till ökad psykisk ohälsa bland barn och unga, utifrån uppgifter i Socialstyrelsens nationella patientregister. Även förekomsten av skadligt bruk och beroende av olika substanser har ökat över tid. Särskilt bland unga män som i högre utsträckning än unga kvinnor också har specifika diagnoser som indikerar ett mer uttalat beroendetillstånd.

Socialstyrelsen kan vidare konstatera att ökningen av psykisk ohälsa troligen kommer att fortsätta att öka bland barn och unga vuxna. Myndigheten har beräknat nya sjukdomsfall av depressioner och ångestsyndrom och analyserat hur dessa påverkar utvecklingen av existerande fall i befolkningen. Eftersom förloppet efter insjuknande i depressioner eller ångestsyndrom tenderar att bli långvarigt leder ökning av nya sjukdomsfall till att allt fler kumuleras i en växande population av unga med psykisk ohälsa. De långvariga förloppen av depressioner och ångestsyndrom pekar på att hälso- och sjukvården behöver vara dimensionerad för att möta behovet som uppstår av att antalet unga med psykisk ohälsa ökar i befolkningen.

Det är oklart varför psykisk ohälsa, såväl självrapporterad som diagnostiserad, ökar bland barn och unga vuxna. Flera faktorer pekar på att ökningen är reell, men andra bidragande orsaker kan också vara tillgång till vård och förändrad klinisk praxis. Det kan tidigare också ha funnits ett mörkertal av psykisk ohälsa bland barn och unga som nu gradvis upptäcks. En ökning av självrapporterade psykiska besvär skulle till exempel kunna bero på att unga i dag mer öppet talar om psykisk ohälsa. Dock motsvaras ökningen av självrapporterade psykiska besvär av en ökning av psykiatriska sjukdomstillstånd som kräver specialistvård [4]. Detta talar mot en ökad benägenhet bland unga att rapportera mer allmänna psykiska symtom – snarare talar det för en faktisk ökning av psykisk ohälsa där konsekvenserna i dag är lika allvarliga som tidigare vad gäller hälsa och funktionsförmåga [4].

Det som har kännetecknat ökningen av depressioner och ångestsyndrom bland barn och unga vuxna är att den har skett inom hela ungdomsgruppen [3]. Detta tyder på att orsakerna till ökningen, även om dessa ännu är okända, har att göra med ungas livsvillkor, och finns i miljöer som rör unga generellt, som skolperioden och inträdet till arbets- och vuxenlivet.

Läkemedelsbehandling vid psykisk ohälsa

Beroende på svårighetsgraden av psykisk ohälsa kan läkemedelsbehandling bli aktuell. Vanliga psykofarmaka vid depressioner och olika ångestsyndrom är antidepressiva läkemedel, lugnande eller ångestdämpande medel och sömnmedel. Socialstyrelsens nationella riktlinjer säger exempelvis att vid

medelsvår till svår depression bör hälso- och sjukvården erbjuda behandling med ett antidepressivt läkemedel [9]. Socialstyrelsen kan konstatera utifrån denna studie att det var 70–80 procent av barn och unga vuxna som påbörjade antidepressiv läkemedelsbehandling efter att ha diagnostiserats med depression av läkare inom den specialiserade vården. Dessa barn och unga vuxna hade troligen svårare former av depression, som inte blivit avhjälpta genom andra behandlingsinsatser, med följd att de har fått träffa läkare som har övervägt och förskrivit läkemedel.

Det finns ett stort allmänt intresse när det gäller en ökande förskrivning av psykofarmaka till barn och unga vuxna. Socialstyrelsen får många frågor om detta från exempelvis media. Myndigheten kan konstatera att i takt med att psykisk ohälsa ökar bland barn och unga vuxna ökar också förskrivningen av psykofarmaka till gruppen. Ökningen är en konsekvens av att fler diagnostiseras med psykisk ohälsa eftersom andelen som behandlas med läkemedel efter diagnos har varit konstant över tid. Det är således viktigt att beakta att en ökad förskrivning av psykofarmaka de senaste åren inte beror på förändrad behandlingspraxis utan på en ökad diagnostisering av unga med psykisk ohälsa. Vid behandling med exempelvis antidepressiva läkemedel, visar denna studie att andelen barn och unga vuxna som påbörjar läkemedelsbehandling efter diagnos har varit oförändrad åtminstone de senaste 10 åren. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer bör hälso- och sjukvården erbjuda psykologisk behandling vid mildare och medelsvåra depressioner [10]. På sikt kan riktlinjen leda till en utökad behandling med exempelvis kognitiv beteendeterapi, det vill säga en förändrad behandlingspraxis, med följd att andelen unga som påbörjar läkemedelsbehandling eventuellt minskar.

Konsekvenser av psykisk ohälsa

Vid psykisk ohälsa finns olika svårighetsgrader av symtom som kan vara mer eller mindre varaktiga. De depressioner och ångestsyndrom som har ökat bland barn och unga vuxna kan medföra långdragna sjukdomsförlopp där hälsa och funktionsförmåga kan påverkas.

De barn och unga vuxna som insjuknade med diagnoserna depression eller ångestsyndrom i denna studie hade vid uppföljning i större utsträckning behov av ytterligare vårdkontakter och behandling med psykofarmaka jämfört med unga som inte haft motsvarande insjuknande. Det fanns också en större risk för senare suicidförsök och suicid inom gruppen som tidigt hade vårdats. Resultaten pekar på vikten av tidiga insatser för att förhindra ett insjuknande med svårare sjukdomstillstånd och långdragna sjukdomsförlopp [10]. Tidig självrapportering av psykiska besvär bland skolungdomar kan utgöra ett sådant varningstecken som bör uppmärksammas eftersom risken finns att besvaren utvecklas till allvarigare former av psykisk ohälsa [4].

I de fall funktionsförmågan påverkas kan det bli svårt att tillgodogöra sig studier. De barn och unga vuxna som tidigt insjuknade i depressioner eller ångestsyndrom i denna studie hade lägre uppnådd utbildningsnivå efter uppföljningens slut än övriga inom gruppen. Att klara skolan är en viktig skyddsfaktor för att klara psykiska påfrestningar och en fullföljd skolgång ökar möjligheterna till ett inträde i arbetslivet och etablering i vuxenlivet [11]. Det

ställer krav på samverkan mellan olika aktörer som skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård så att förutsättningar finns att öka barns möjligheter att klara skolan.

Mot bakgrund av denna studie konstaterar Socialstyrelsen att ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna kan medföra en ökad grupp av unga i befolkningen som får svårt att etablera sig på arbetsmarknaden och i vuxenlivet. Gruppen kan därför också riskera ytterligare pålagringar beträffande psykiska symtom eftersom att exempelvis stå utanför arbetsmarknaden utgör ytterligare en påfrestning.

Referenser

1. Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14. Folkhälsomyndigheten; 2014.
2. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen; 2009.
3. Mot ett system för verksamhetsuppföljning av psykiatriområdet. Socialstyrelsen; delrapport 2011.
4. Psykisk ohälsa bland unga. Socialstyrelsen; 2013.
5. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA med flera. Adhd prevalence estimates across three deace: an updated systemic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol* 2014; 43.
6. Lundström S, Reichenber A, Anckarsäter H med flera. Autism phenotype versus registered diagnosis in Swedish children: prevalence trends over 10 years in general population samples. *BMJ* 2015; 350.
7. Herlofson J, Ekelius L. Personlighetssyndrom – vad är det och hur ställer man diagnos? *Läkartidningen* 2016; 113.
8. Carlborg A, Ferntoft L, Thuresson M med flera. Population study of disease burden, management, and treatment of bipolar disorder I Sweden: a retrospective observational registry study. *Bipolar Disorders* 2014; 17.
9. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen; 2017.
10. Tidiga insatser mot psykisk ohälsa hos små barn. Socialstyrelsen; 2013.
11. Skolans betydelse för barns och ungas psykiska hälsa. Socialstryelsen; 2012.

Bilaga. Metodbeskrivning

Resultaten i rapporten baseras på Socialstyrelsens patientregister och läkemedelsregister, som samkörts med SCB:s utbildningsregister och Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Databearbetningarna är genomförda under hösten 2017 och utgår från då senast uppdaterade data.

Psykiatriska diagnoser

Diagnoserna har hämtats från Socialstyrelsens patientregister, som omfattar slutenvård och specialiserad öppenvård. Diagnoserna är kodade enligt den svenska versionen av Världshälsoorganisationens (WHO) internationella system för klassifikationer av sjukdomar – International Classification of Diseases ICD-10. I rapporten redovisas följande diagnosgrupper:

Någon psykiatrisk diagnos	ICD10: F1–F9
Skadligt bruk och beroende	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser. (ICD10: F1)
Depression	Depression, förstämningssyndrom. (ICD10: F32–F39)
Ångest	Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom. (ICD10: F40–F48)
Neuropsykiatriska tillstånd	Störningar i psykisk utveckling samt Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid (ICD10: F8–F9)

Psykofarmaka

ATC-koder (Anatomical Therapeutic Classification) för läkemedel har hämtats från Socialstyrelsens läkemedelsregister. Uppgifterna i registret avser läkemedel som har expedierats, det vill säga hämtats ut, på apotek. Läkemedel som förskrivits men inte expedierats ingår inte i registret. Samma person kan använda flera typer av psykofarmaka, och därmed förekomma i fler än en läkemedelsgrupp. Följande läkemedel och läkemedelsgrupper ingår i studien:

Stämningsstabiliserande	N03 exkl. N03AX16
Lyrica	N03AX16
Antipsykotika	N05A exkl. N05AN
Bensodiazepiner	N05B
Lugnande	N05C exkl. N05CH01
Melatonin	N05CH01
Antidepressiva	N06A
Adhd-läkemedel	N06BA exkl. N06BA07

Förskrivaren

Läkemedelsregistret omfattar också uppgifter om förskrivaren, som yrke och specialistutbildning, samt förskrivarens arbetsplats, som ägarform, vårdform och verksamhetsinriktning. Den kommenterande texten i psykofarmakaavsnittet har kompletterats med analyser av förskrivarens arbetsplatskod och dess verksamhetsinriktning. Arbetsplatskoden anger förskrivande vårdenhet och har hämtats från arbetsplatskodsregistret, som administreras av landstingen (oavsett om förskrivaren är anställd där eller inte).

Figurer och tabeller

Figur 1 avser andelen (procent) som vårdats med en F-diagnos (huvuddiagnos eller bidiagnos) inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården, eller haft minst ett uttag inom någon av de läkemedelsgrupper som ingår i studien (se avsnittet Psykofarmaka ovan). Bland dem som vårdats med en F-diagnos ingår även de som vårdats utan diagnos på en klinik som grupperar under ett medicinskt verksamhetsområde som rör psykiatrisk vård inklusive missbruk (MVO = 9).

Figur 2 avser andelen (procent) som vårdats inom slutenvård eller specialiserad öppenvård med ”någon psykiatrisk diagnos” (F1–F9 som huvuddiagnos), bland samtliga respektive bland personer som inte någon gång under mätperioden (2006–2016) diagnostiserats med de neuropsykiatriska diagnoserna F84 (genomgripande utvecklingsstörningar) eller F90 (hyperaktivitetsstörningar).

Figur 3 avser andelen (antal per 100 000) som vårdats inom slutenvård eller specialiserad öppenvård för depression (F32–F39 som huvuddiagnos), fördelat efter ”nya fall” (som inte vårdats med denna diagnos under de två föregående åren) respektive ”ej nya fall” (övriga). Incidensen motsvaras av ”nya fall”, och prevalensen avser totalen dvs. ”nya fall” summerat med ”ej nya fall”.

Figur 4 avser andelen (antal per 100 000) som vårdats inom slutenvård eller specialiserad öppenvård för ångest (F40–F48 som huvuddiagnos), fördelat efter ”nya fall” (som inte vårdats med denna diagnos under de två föregående åren) respektive ”ej nya fall” (övriga). Incidensen motsvaras av ”nya fall”, och prevalensen avser totalen dvs. ”nya fall” summerat med ”ej nya fall”.

Figur 5 avser andelen (antal per 100 000) som vårdats inom slutenvård eller specialiserad öppenvård för skadligt bruk och beroende av olika substanser (F1 som huvuddiagnos), fördelat efter ”nya fall” (som inte vårdats med denna diagnos under de två föregående åren) respektive ”ej nya fall” (övriga). Incidensen motsvaras av ”nya fall”, och prevalensen avser totalen dvs. ”nya fall” summerat med ”ej nya fall”.

Figur 6 avser andel (procent) med psykiatrisk diagnos respektive andel som förskrivits psykofarmaka. Psykiatrisk diagnos avser personer som vårdats med en F-diagnos (huvuddiagnos eller bidiagnos) inom den specialiserade öppenvården, inklusive personer som vårdats utan diagnos på en klinik som

grupperar under ett medicinskt verksamhetsområde som rör psykiatrisk vård inklusive missbruk (MVO = 9). Psykofarmaka avser personer som haft minst ett uttag av någon av de läkemedelsgrupper som ingår i studien (se avsnittet Psykofarmaka ovan).

Tabell 1 avser andel (procent) som påbörjat antidepressiv läkemedelsbehandling (N06A) inom sex månader från det datum de första gången vårdades för depression (F32–F39) inom slutenvård eller specialiserad öppenvård. Med ”första gången” avses att personen inte vårdats för depression året innan diagnos. Fortsatt behandling avser minst tre uttag av antidepressiva läkemedel årligen, under minst tre år från påbörjad läkemedelsbehandling.

Tabell 2 avser olika utfall bland personer som diagnostiserats med depression (F32–F39) och/eller ångest (F40–F48) under år 2006. Andel (procent) med följande utfall redovisas: Psykiatrisk vård avser minst ett vårdtillfälle inom slutenvård eller specialiserad öppenvård (F1–F6, F8–F9) mer än ett år efter första vårdtillfället (2008–2016). Uttag av psykofarmaka avser minst ett uttag av någon av de läkemedelsgrupper som ingår i studien (se avsnittet Psykofarmaka ovan) mer än ett år efter första vårdtillfället (2008–2016). Självmordsförsök avser vård inom slutenvård eller specialiserad öppenvård någon gång under perioden 2007–2016 med yttre orsakskod som anger avsiktlig självdestruktiv handling inklusive oklara fall (X60–X80, Y10–Y34). Fullbordade självmord avser avlidna med dödsorsak som anger avsiktlig självdestruktiv handling inklusive oklara fall (X60–X80, Y10–Y34) perioden 2007–2016.

Tabell 3 avser högsta fullföljda utbildningsnivå år 2016 bland personer som diagnostiserats med depression (F32–F39) och/eller ångest (F40–F48) under år 2006, andelar i procent. Utbildningsnivån är grupperad enligt SUN2000.