

Användningen av centralstimulantia vid adhd

Utvecklingen regionalt och i riket

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 2015-5-12

Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2015

Förord

Socialstyrelsen redovisar i denna rapport resultat över utvecklingen av nya och befintliga användare av centralstimulantia till och med 2014. I rapporten redovisas också hur förskrivningen ser ut i Sveriges län och kommuner.

Rapporten har tagits fram av Peter Salmi (projektledare) i samarbete med metodstatistiker Gudrun Jonasdottir Bergman. Värdefulla synpunkter har inhämtats från medicinskt sakkunniga Astrid Lindstrand, Barbro Thurfjell och Birgitta Norstedt Wikner.

Marcus Gry
Enhetschef
Epidemiologi och metodstöd

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Bakgrund	8
Resultat	9
Användningen av olika adhd-läkemedel.....	9
Utvecklingen av prevalens och incidens.....	9
Regionala skillnader i förskrivningen	12
Kommentarer	15
Referenser	16
Bilaga. Kommunala skillnader	17

Sammanfattning

Användningen av det centralstimulerande adhd-läkemedlet metylfenidat fortsätter att öka i Sverige, även om en viss allmän försvagning av ökningen har skett under den senaste perioden. De regionala skillnaderna, i synnerhet på kommunal nivå, kan dock vara betydande. Vissa regioner har en hög tillströmning av nya användare och kan på sikt få en mycket hög andel personer som använder läkemedel, utifrån beräkningar som Socialstyrelsen har gjort i denna studie. I andra regioner är dock användningen snarats låg i jämförelse med den genomsnittliga användningen i riket.

Pojkar och flickor 10–17 år är de grupper som har högst andel befintliga användare i befolkningen, 4,6 respektive 1,9 procent. Pojkarnas användning gränsar nu till den uppskattade förekomsten av adhd och Socialstyrelsen förutser därför att förskrivningen till gruppen så småningom torde stabiliseras.

Socialstyrelsen avser att följa utvecklingen ytterligare och återkomma till de stora regionala skillnaderna i landet. För närvarande är orsakerna till skillnader oklara men myndigheten bedömer det som viktigt att öka kunskapen om dem.

Bakgrund

Socialstyrelsen har under de senaste åren rapporterat kring den ökande användningen av centralstimulantia, företrädesvis metylfenidat, i befolkningen [1,2,3]. En central fråga är hur användningen kommer att utvecklas på sikt med avseende på nya användare (incidens) och befintliga användare (prevalens). Myndighetens senaste analys från 2013 av förskrivningen av metylfenidat visar att 4,3 procent av pojkarna och 1,7 procent av flickorna i åldrarna 10–17 använder läkemedlet. Detta indikerar att det är en stor andel av de som har adhd, i synnerhet inom gruppen pojkar, som behandlas med läkemedel i dag då prevalensen av adhd inom gruppen uppskattas till cirka 5 procent [4]. Det förekommer dock stora lokala avvikelser i läkemedelsanvändningen i landet på grund av att andelen som får diagnosen skiljer sig åt mellan länen [3].

Bakgrunden till att andelen användare av metylfenidat i befolkningen hastigt har nått dagens nivåer kan förklaras av att inflödet av nya användare stadigt har ökat över åren. Eftersom många av de nya användarna påbörjar en läkemedelsbehandling som sträcker sig över längre perioder har de nya användarna övergått till den prevalenta populationen som därför snabbt har vuxit. Mot bakgrund av att förekomsten av läkemedelsanvändningen bland pojkarna i skolåldern nu är omkring nivåer som gränsar till uppskattad förekomst av adhd, förutser Socialstyrelsen en trolig avmattning av förskrivningen inom denna grupp. Som en följd torde incidens och prevalens så småningom stabiliseras i förhållande till varandra, om allt annat är lika. Till exempel förutsätter resonemanget om en sådan stabilisering att adhd inte *reellt* ökar i befolkningen eller att praxis inte förändras beträffande diagnostiken eller läkemedelsbehandlingen vid adhd.

Den här rapporten tar upp den senaste utvecklingen av förskrivningen av metylfenidat. Resultaten baseras på förskrivningar till och med 2014 och där minst ett uttag av läkemedel har gjorts under året. Uppgifter om förskrivningar har hämtats från Socialstyrelsens läkemedelsregister. Samma metod, så kallade väntetidsfördelningar, har använts som i tidigare rapporter för att beräkna andelen nya och befintliga användare (se [1] för närmare beskrivning av metoden). I rapporten redovisas också en analys med avseende på förväntad incidens vid ett antagande om en stabilisering av förskrivningen.

Resultat

Användningen av olika adhd-läkemedel

Tabell 1 visar andelen personer som använder olika adhd-läkemedel i befolkningen. Vissa personer kan stå på fler än ett läkemedel samtidigt. Den största förändringen sedan förra analysen gäller det nya centralstimulerande läkemedlet lisdexamfetamin som godkändes 2013 för behandling av adhd. I dag använder cirka 10 procent läkemedlet jämfört med förra året då omkring en halv procent hade läkemedlet förskrivet.

Tabell 1. Förskrivning av adhd-läkemedel 2014.

Antal och andel (%) användare av olika adhd-läkemedel uppdelat på kön, samt genomsnittlig ålder.

	Antal personer	Ålder (median)	Amfetamin (%)	Dex-amfetamin (%)	Lisdex-amfetamin (%)	Metylfenidat (%)	Atomoxetin (%)
Män	51 687	18	0,8	1,6	10,0	87,8	17,1
Kvinnor	32 376	24	1,7	2,1	10,7	86,4	16,2

Utvecklingen av prevalens och incidens

I tabell 2 redovisas utvecklingen från 2006 till 2014 i landet av användningen av metylfenidat med avseende på befintliga användare i olika åldersgrupper. Det framgår att i samtliga åldersgrupper och för båda könen har det på nytt skett en ökning av användningen från år 2013. I gruppen pojkar 10–17 år, där användningen är mest utbredd, är förekomsten av läkemedel nu cirka 4,6 procent. Åldersgruppen 10–17 år bland flickor har också flest användare och där är förekomsten av användningen i dag omkring 1,9 procent.

Tabell 3 visar också att incidensen generellt fortsätter att öka utom bland de allra yngsta barnen där nya användare minskar något. Mot bakgrund av att incidensen alltså ökar har Socialstyrelsen ställt sig frågan vad den förväntade incidensen kan tänkas vara vid en stabilisering av förskrivningen. I avsnittet nedan redovisar myndigheten en analys av en uppskattad incidens som kan förväntas vid ett antagande om en stabilisering av förskrivningen.

Tabell 2. Prevalens, metylfenidat.

Utvecklingen av befintliga användare av metylfenidat i befolkningen 2006–2014. Antal per hundra tusen individer.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Män (ålder)									
5–9	435	550	668	798	1 009	1 158	1 227	1 267	1 279
10–17	1 164	1 442	1 759	2 220	2 744	3 340	3 834	4 310	4 559
18–24	272	399	551	754	993	1 209	1 376	1 525	1 635
25–34	104	171	268	381	524	632	745	842	932
35–44	84	131	191	266	353	447	548	614	689
45–54	48	80	131	194	259	323	381	411	456
55–64	12	18	32	49	70	98	132	154	183
alla	263	345	447	579	736	890	1 022	1 135	1 222
Kvinnor (ålder)									
5–9	104	128	168	212	273	331	358	385	390
10–17	316	418	538	744	1 009	1 275	1 495	1 677	1 850
18–24	145	242	365	525	740	963	1 174	1 335	1 489
25–34	74	111	190	285	399	534	678	761	854
35–44	67	110	167	250	341	431	490	570	635
45–54	35	62	99	151	217	281	330	374	412
55–64	10	16	27	42	63	83	103	125	153
alla	98	142	205	294	406	520	619	701	779

Tabell 3. Incidens, metylfenidat.

Utvecklingen av nya användare av metylfenidat i befolkningen 2006–2014. Antal per hundra tusen individer.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Män (ålder)									
5–9	304	437	498	629	747	784	778	805	790
10–17	428	619	686	960	1 103	1 235	1 272	1 343	1 362
18–24	117	185	264	321	401	446	464	494	536
25–34	76	120	167	217	267	284	312	317	348
35–44	58	86	105	131	166	195	198	207	208
45–54	32	45	67	99	115	122	118	109	124
55–64	7	14	17	20	32	43	43	37	47
alla	122	179	215	284	337	371	380	395	412
Kvinnor (ålder)									
5–9	76	89	143	174	219	237	256	278	247
10–17	167	218	304	432	569	664	683	744	805
18–24	80	128	198	290	352	398	443	536	565
25–34	48	84	129	155	217	258	258	294	319
35–44	37	66	96	141	172	173	174	189	202
45–54	17	45	53	80	95	108	111	105	120
55–64	4	8	12	22	30	31	31	35	42
alla	55	84	121	168	215	241	251	279	298

Förväntad incidens vid en stabilisering av förskrivningen

Socialstyrelsen har räknat på vad en förväntad årlig incidens av nya användare kan bli förutsatt att en stabilisering av förskrivningen av metylfenidat sker. I analysen har myndigheten utgått ifrån gruppen pojkar 10–17 år men analysen är allmängiltig och kan användas på de övriga grupperna i denna studie.

En förutsättning för att kunna beräkna en förväntad incidens vid ett antagande om en stabilisering är att andelen användare som årligen går ut ur, det vill säga "försvinner" från, den befintliga populationen är konstant över tid. Olika skäl till att personer går ut ur den prevalenta populationen kan till exempel vara att personer upphör att använda metylfenidat eller byter läkemedel, flyttar utomlands, går in i en annan åldersgrupp än den studerade eller avlider. Socialstyrelsen analyserade gruppen pojkar 10–17 år och kunde slå fast att det årliga utflödet av pojkarna var konstant över tid – knappt 25 procent av användarna försvann från år till år (tabell 4). För flickor i motsvarande åldersgrupp fanns samma regelbundenhet i det årliga utflödet med omkring 30 procent.

Socialstyrelsen gjorde därpå ett antagande att det sker en stabilisering av förskrivningen när 5,0 procent av pojkar 10–17 år i befolkningen använder metylfenidat. För att prevalensen ska förbli 5,0 procent över tid, vid ett utflöde av 25 procent användare årligen, blir den förväntade incidensen 1,2 procent nya tillkomna användare varje år. I en sådan situation kommer således incidens och prevalens hamna i jämvikt – det årliga inflödet av nya användare på 1,2 procent balanserar utflödet på 25 procent från den prevalenta populationen och årsprevalensen förblir 5,0 procent. (På motsvarande vis kan den uppskattade prevalensen beräknas om ett antagande istället görs om en stabilisering av incidensen. Vid en stabil incidens av exempelvis 2,0 procent nya fall årligen kommer årsprevalensen bli 8,0 procent användare).

Den uppskattning av incidens som Socialstyrelsen har beräknat ovan är en oberoende beräkning av de annars redovisade beräkningarna av incidens och prevalens i rapporten (vilka genomförts med väntetidsfördelningar). Likväl tillåter den uppskattade incidensen jämförelser med de "faktiska" incidenserna i rapporten utan att jämförelserna blir missvisande.

Tabell 4. Andel (%) pojkar 10–17 år som från det ena året till det andra går ut ur den befintliga populationen av användare av metylfenidat.

År	Utflöde
2006–2007	24,1
2007–2008	24,5
2008–2009	25,2
2009–2010	24,9
2010–2011	23,5
2011–2012	24,0
2012–2013	23,5
2013–2014	24,0
Genomsnittligt årligt utflöde*	24,1*

*Det genomsnittliga värdet är viktat efter andelen användare respektive år.

Regionala skillnader i förskrivningen

Socialstyrelsen redovisar i detta avsnitt skillnader mellan länen i förskrivningen av metylfenidat de senaste 5 åren. Resultaten gäller för den åldersgrupp som har flest användare i befolkningen, det vill säga pojkar och flickor 10–17 år.

Det förekom stora variationer i hur prevalens och incidens har utvecklats beträffande användningen av metylfenidat mellan länen (tabell 5 och 6). I vissa län drivs fortfarande ökningen av andelen användare av en ökande tillströmning av nya användare. I andra län har ökningen gått in i en lugnare fas eller till och med avmattats. Den uppskattade incidensen av 1,2 procent som redovisades i avsnittet ovan, och som gäller vid antagandet att förskrivningen stabiliseras vid 5,0 procent, kan användas till jämförelser med incidenserna i respektive län (tabell 6). I de län där incidensen stabiliserat sig över 1,2 procent eller där den fortfarande ökar kommer andelen befintliga användare sannolikt bli hög i jämförelse med den uppskattade prevalensen av adhd kring 5 procent. På motsvarande sätt har län med låg tillströmning av nya användare en lägre nivå av användning att förvänta.

De lokala avvikelserna i förskrivningen av metylfenidat är än mer påfallande när det kommer till kommuner. I en bilaga till denna rapport redovisar Socialstyrelsen befintliga användare av metylfenidat på kommunnivå för pojkar och flickor 10–17 år. Myndigheteten kan konstatera att nivån på användningen kan ligga på allt från mellan omkring 1,5 procent upp till 12 procent beroende på kommun.

Tabell 5. Regionala skillnader i prevalens 2010–2014, metylfenidat.

Andelen (%) befintliga användare av metylfenidat, pojkar och flickor 10–17 år. Antal per hundra tusen invånare.

	2010	2011	2012	2013	2014
Pojkar					
Stockholm	3 039	3 845	4 578	5 190	5 590
Uppsala	4 248	4 809	5 239	5 687	6 068
Södermanland	2 248	3 070	3 863	4 480	4 798
Östergötland	2 395	2 891	3 257	3 538	3 711
Jönköping	1 762	2 212	2 434	2 845	2 967
Kronoberg	1 429	1 922	2 417	2 689	2 571
Kalmar	2 642	2 979	3 395	3 849	3 815
Gotland	4 993	6 235	7 476	7 479	6 675
Blekinge	1 527	2 055	2 557	3 088	3 442
Skåne	2 288	2 685	3 011	3 546	3 744
Halland	3 936	4 684	5 105	5 738	5 440
Västra Götaland	2 628	3 008	3 311	3 674	3 867
Värmland	3 358	3 596	4 104	4 591	4 283
Örebro	2 091	2 841	3 138	3 261	3 648
Västmanland	3 314	3 890	4 102	4 458	4 605
Dalarna	2 619	3 345	3 938	4 613	4 832
Gävleborg	2 759	3 694	5 035	6 350	7 289
Västernorrland	2 348	3 222	3 483	3 754	3 856
Jämtland	2 306	3 049	3 132	3 204	3 213
Västerbotten	3 460	4 466	5 391	5 976	6 142
Norrbotten	3 113	3 456	3 738	4 239	4 501
Flickor					
Stockholm	1155	1 487	1 864	2 120	2 374
Uppsala	1 542	1 828	1 880	2 082	2 244
Södermanland	753	1 169	1 526	1 699	1 876
Östergötland	930	1 169	1 250	1 320	1 509
Jönköping	548	634	772	890	964
Kronoberg	535	741	904	944	852
Kalmar	919	1 128	1 321	1 631	1 488
Gotland	3 095	3 640	4 179	4 064	3 519
Blekinge	444	778	1 075	1 075	1 041
Skåne	735	988	1 119	1 264	1 465
Halland	1 468	1 712	1 897	2 052	2 338
Västra Götaland	944	1 113	1 236	1 364	1 516
Värmland	1 120	1 315	1 547	1 734	1 920
Örebro	794	995	1 115	1 300	1 419
Västmanland	1 321	1 484	1 643	1 956	1 685
Dalarna	924	1 428	1 628	1 675	1 883
Gävleborg	1 312	1 632	2 347	3 060	3 621
Västernorrland	778	1 091	1 278	1 437	1 545
Jämtland	800	1 006	1 037	1 167	1 253
Västerbotten	1 416	1 904	2 247	2 442	2 523
Norrbotten	1 125	1 351	1 377	1 538	1 772

Tabell 6. Regionala skillnader i incidens 2010–2014, metylfenidat.

Andelen (%) nya användare av metylfenidat, pojkar och flickor 10–17 år. Antal per hundra-tusen invånare.

	2010	2011	2012	2013	2014
Pojkar					
Stockholm	1 370	1 588	1 764	1 825	1 821
Uppsala	1 265	1 588	1 501	1 531	1 803
Södermanland	940	1 201	1 049	1 074	1 423
Östergötland	878	1 029	965	955	877
Jönköping	643	741	910	765	1 054
Kronoberg	608	664	607	913	817
Kalmar	1 239	573	918	1 263	670
Gotland	1 553	2 235	2 711	1 154	2 326
Blekinge	691	849	1 286	973	815
Skåne	879	948	967	1 091	1 068
Halland	1 383	1 174	1 467	1 563	1 268
Västra Götaland	918	1 060	1 083	1 156	1 125
Värmland	1 074	698	1 080	1 343	992
Örebro	820	1 296	510	707	1 164
Västmanland	1 506	1 449	1 585	1 471	1 599
Dalarna	934	1 049	1 032	1 459	1 437
Gävleborg	1 576	1 900	2 094	2 381	2 970
Västernorrland	1 133	1 508	1 054	1 235	849
Jämtland	728	1 089	957	400	789
Västerbotten	1 618	2 289	1 824	1 680	1 687
Norrbottn	1 548	1 122	1 047	1 391	1 217
Flickor					
Stockholm	762	821	907	1 017	1 078
Uppsala	707	1 022	940	1 059	916
Södermanland	381	539	951	603	663
Östergötland	447	784	677	436	663
Jönköping	317	194	320	449	321
Kronoberg	328	528	267	268	113
Kalmar	377	518	380	460	456
Gotland	1 190	2 008	1 979	959	960
Blekinge	230	381	489	397	487
Skåne	402	532	466	645	624
Halland	741	878	632	935	1 083
Västra Götaland	492	539	494	592	709
Värmland	540	461	583	739	878
Örebro	542	607	446	478	622
Västmanland	772	751	664	927	691
Dalarna	535	561	845	780	769
Gävleborg	767	1 010	1 392	1 819	1 886
Västernorrland	484	324	543	642	572
Jämtland	335	523	658	181	597
Västerbotten	897	1 016	1 015	779	1 089
Norrbottn	675	700	719	431	703

Kommentarer

Resultaten från denna studie visar att det ännu sker en ökning av nya användare av metylfenidat. Därför kommer andelen användare i befolkningen sannolikt ytterligare att växa framöver eftersom många av de som påbörjar läkemedelsbehandling använder läkemedel under längre perioder. Socialstyrelsen kan dock urskilja en viss försvagning av ökningen sett över tid, bland annat inom gruppen pojkar 10–17 år. Det är rimligt att förskrivningen just till denna grupp kan börja mattas av, utifrån att nuvarande läkemedelsanvändning på närmare 5 procent tangerar den uppskattade prevalensen av adhd. Tidigare analyser som Socialstyrelsen har genomfört visar också att omkring 25 procent av de som diagnostiseras med adhd inom gruppen inte påbörjar en läkemedelsbehandling [3]. Därför torde andelen *diagnostiserade* med adhd vara omkring 6 procent i dag bland pojkarna i skolåldern.

Inom ramen för denna studie har Socialstyrelsen också beräknat vad den förväntade andelen av årliga nya användare är vid en stabilisering av förskrivningen vid 5 procents användning av metylfenidat bland pojkarna i skolåldern. Eftersom adhd betraktas som ett varaktigt tillstånd och inte heller anses reellt öka i samhället bör en stabilisering av förskrivningen ske då förskrivningen står i proportion till den faktiska förekomsten av adhd. Resultaten visar att om 5 procent av skolpojkarna använder metylfenidat i befolkningen är det förväntade årliga tillskottet av nya användare drygt 1 procent.

Socialstyrelsen kan dock slå fast att de regionala skillnaderna, i synnerhet på kommunnivå, kan vara stora när det gäller andelen som använder metylfenidat. De regioner där tillströmningen av nya årliga användare ligger på klart högre nivåer än den ovan nämnda förväntade nivån på 1 procent, kan på sikt få en betydande andel personer som använder läkemedel. Det är oklart vad som ligger bakom dessa regionala skillnader även om flera faktorer kan vara tänkbara. En förklaring kan vara skillnader i resurser eller kompetens att utreda och bedöma adhd vilket exempelvis kan leda till såväl under- som överdiagnostik av adhd. Det går heller inte att utesluta regionala skillnader i den faktiska förekomsten av adhd i landet. Det finns studier som till exempel visar att psykosociala eller socioekonomiska faktorer kan samspela med biologiska vid utvecklingen av adhd [5,6].

Socialstyrelsen har för avsikt att fortsätta följa utvecklingen av förskrivningen av centralstimulantia i befolkningen. Myndigheten kommer också i samverkan med andra myndigheter utöka kunskapen om orsakerna bakom de lokala avvikelserna i förskrivningen i landet.

Referenser

1. Förskrivning av centralstimulerande läkemedel vid adhd. Socialstyrelsen; 2012.
2. Förskrivning av centralstimulantia vid adhd. Utvecklingen från 2006 till 2013. Socialstyrelsen; 2014.
3. Läkemedelsbehandling vid adhd. Aspekter av behandling och regionala skillnader. Socialstyrelsen; 2014.
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition (DSM-5). American Psychiatric Association; 2013.
5. Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, Ablon S, Warburton R, Reed E. *Arc Gen Psychiatry* 1995; 52:464–470.
6. Hjern A, Weitoft GR, Lindblad F. Social adversity predicts ADHD-meication in school children – a national cohort study. *Acta Pædiatrica* 2010; 99:920–924.

Bilaga. Kommunala skillnader

Befintliga användare (%) av metylfenidat i landets kommuner 2014, pojkar och flickor 10–17 år.

Där blanka fält förekommer var användare för få för att redovisas. 95 % konfidensintervall (KI) redovisas i anslutning till andelen användare.

Kommun	Pojkar Prevalens (%)	Lägre KI	Övre KI	Flickor Prevalens (%)	Lägre KI	Övre KI
Stockholms län						
Upplands Väsby	7,3	6,2	8,5	2,0	1,4	2,7
Vallentuna	9,8	8,4	11,2	3,8	3,0	4,8
Österåker	10,8	9,6	12,1	4,2	3,4	5,1
Värmdö	5,9	5,0	7,0	2,6	2,0	3,3
Järfälla	5,3	4,6	6,0	2,2	1,7	2,7
Ekerö	6,5	5,3	7,8	3,0	2,2	4,0
Huddinge	6,2	5,5	6,8	2,5	2,1	2,9
Botkyrka	4,4	3,8	5,0	2,1	1,7	2,5
Salem	9,5	7,7	11,5	4,1	3,0	5,5
Haninge	7,8	7,0	8,7	3,4	2,9	4,0
Tyresö	6,3	5,4	7,3	3,2	2,6	4,0
Upplands-Bro	5,3	4,2	6,7	3,1	2,3	4,3
Nykvarn	12,0	9,5	14,8	5,9	4,1	8,2
Täby	5,6	4,9	6,4	2,5	2,0	3,1
Danderyd	2,8	2,1	3,6	1,4	0,9	2,0
Sollentuna	4,4	3,8	5,1	1,6	1,2	2,1
Stockholm	4,6	4,4	4,8	2,1	1,9	2,2
Södertälje	7,4	6,7	8,2	3,2	2,7	3,8
Nacka	4,8	4,2	5,4	1,8	1,5	2,3
Sundbyberg	3,7	2,8	4,8	0,9	0,5	1,5
Solna	5,3	4,4	6,4	1,8	1,2	2,4
Lidingö	3,6	2,9	4,4	1,1	0,7	1,6
Vaxholm	3,9	2,6	5,5	2,2	1,3	3,6
Norrtälje	7,5	6,5	8,6	3,1	2,4	3,9
Sigtuna	5,1	4,2	6,1	2,0	1,4	2,7
Nynäshamn	9,3	7,7	11,0	3,8	2,8	5,0
Uppsala län						
Håbo	11,3	9,5	13,2	4,5	3,4	5,9
Älvkarleby	11,2	8,3	14,4	3,5	1,9	5,9
Knivsta	3,1	2,2	4,4	1,3	0,7	2,2
Heby	7,4	5,5	9,7	3,0	1,9	4,6
Tierp	6,1	4,6	7,8	1,8	1,0	2,9

Kommun	Pojkar Prevalens (%)	Lägre KI	Övre KI	Flickor Prevalens (%)	Lägre KI	Övre KI
Uppsala	4,8	4,4	5,3	1,6	1,3	1,9
Enköping	7,3	6,2	8,5	4,1	3,3	5,1
Östhammar	8,1	6,5	10,0	2,2	1,3	3,4
Södermanlands län						
Vingåker	5,3	3,5	7,7	2,2	1,1	4,0
Gnesta	5,4	3,6	7,7	1,9	1,0	3,5
Nyköping	5,2	4,4	6,2	2,2	1,6	2,8
Oxelösund	7,5	5,2	10,3			
Flen	4,0	2,8	5,4	2,5	1,5	3,8
Katrineholm	5,6	4,6	6,9	2,1	1,5	3,0
Eskilstuna	4,0	3,5	4,6	1,7	1,3	2,1
Strängnäs	5,0	4,0	6,1	1,5	1,0	2,2
Trosa	4,9	3,4	6,9	2,3	1,3	3,8
Östergötlands län						
Ödeshög	6,8	4,0	10,6			
Ydre						
Kinda	7,2	4,9	9,9	2,0	1,0	3,6
Boxholm	6,0	3,4	9,7	3,3	1,5	6,1
Åtvidaberg	5,9	4,1	8,2	3,1	1,9	4,8
Finspång	3,7	2,6	5,1	0,8	0,4	1,6
Valdemarsvik	2,0	0,8	4,1			
Linköping	4,1	3,6	4,6	1,8	1,5	2,1
Norrköping	2,0	1,7	2,4	0,8	0,6	1,1
Söderköping	2,1	1,2	3,4			
Motala	5,7	4,7	6,8	2,7	2,0	3,6
Vadstena	6,6	4,1	9,7			
Mjölby	4,5	3,4	5,8	1,4	0,8	2,3
Jönköpings län						
Aneby	5,7	3,4	8,9			
Gnosjö	3,1	1,9	4,9			
Mullsjö	4,8	2,8	7,4			
Habo	4,1	2,8	5,9	1,5	0,7	2,9
Gislaved	2,4	1,7	3,3	0,8	0,4	1,4
Vaggeryd	2,5	1,5	4,0			
Jönköping	2,1	1,7	2,5	0,5	0,4	0,8
Nässjö	3,2	2,4	4,2	0,9	0,5	1,6
Värnamo	1,6	1,0	2,3	1,1	0,7	1,8
Sävsjö	4,5	3,0	6,5	1,7	0,9	3,2
Vetlanda	5,1	4,0	6,4	1,7	1,1	2,6

Kommun	Pojkar Prevalens (%)	Lägre KI	Övre KI	Flickor Prevalens (%)	Lägre KI	Övre KI
Eksjö	4,5	3,2	6,2	2,1	1,2	3,4
Tranås	4,2	3,0	5,7	1,0	0,5	1,9
Kronobergs län						
Uppvidinge	2,5	1,3	4,2	1,5	0,6	3,0
Lessebo	3,7	2,2	5,8	1,6	0,7	3,4
Tingsryd	2,4	1,3	4,0			
Alvesta	2,8	1,9	4,0	0,7	0,3	1,5
Älmhult	3,1	2,0	4,6	0,9	0,4	1,8
Markaryd	1,8	0,8	3,5			
Växjö	2,8	2,3	3,3	0,9	0,6	1,2
Ljungby	1,3	0,8	2,1			
Kalmar län						
Högsby	2,7	1,2	5,2	2,5	1,0	5,0
Torsås	4,6	2,6	7,3			
Mörbylånga	3,3	2,1	5,0			
Hultsfred	3,8	2,4	5,6	2,0	1,0	3,5
Mönsterås	4,5	3,0	6,5			
Emmaboda	1,6	0,7	3,3			
Kalmar	3,2	2,5	3,9	1,1	0,8	1,6
Nybro	4,2	2,9	5,7	1,5	0,8	2,6
Oskarshamn	5,7	4,4	7,1	1,8	1,1	2,7
Västervik	4,8	3,8	6,0	2,7	2,0	3,7
Vimmerby	2,8	1,7	4,2	1,5	0,7	2,7
Borgholm	2,3	1,2	4,1			
Gotlands län						
Gotland	6,7	5,7	7,7	3,5	2,8	4,4
Blekinge län						
Olofström	3,2	2,0	5,0	1,6	0,8	3,0
Karlskrona	2,3	1,8	2,9	0,5	0,2	0,8
Ronneby	4,0	3,0	5,3	1,2	0,7	2,0
Karlshamn	4,9	3,8	6,1	1,5	0,9	2,2
Sölvesborg	4,3	3,0	5,9	1,9	1,1	3,2
Skåne län						
Svalöv	5,7	4,1	7,6			
Staffanstorp	3,9	2,9	5,1	1,7	1,1	2,5
Burlöv	3,6	2,5	5,1	2,1	1,2	3,3
Vellinge	4,0	3,2	5,0	1,4	0,9	2,1

Kommun	Pojkar Prevalens (%)	Lägre KI	Övre KI	Flickor Prevalens (%)	Lägre KI	Övre KI
Östra Göinge	6,3	4,6	8,4	3,6	2,3	5,3
Örkelljunga	4,1	2,5	6,3	1,6	0,7	3,3
Bjuv	5,6	4,1	7,4	1,8	1,0	3,1
Kävlinge	4,9	3,9	6,1	1,3	0,8	2,0
Lomma	2,3	1,6	3,3	1,2	0,7	2,0
Svedala	5,3	4,1	6,7	2,0	1,3	3,0
Skurup	4,2	2,9	5,9	1,1	0,5	2,1
Sjöbo	4,9	3,5	6,6	1,7	1,0	2,8
Hörby	3,0	1,9	4,5	2,0	1,1	3,3
Höör	4,8	3,4	6,5	2,2	1,3	3,4
Tomelilla	4,3	2,8	6,3	2,1	1,1	3,6
Bromölla	7,9	5,9	10,3	2,1	1,1	3,6
Osby	7,4	5,5	9,8	2,1	1,2	3,6
Perstorp	6,1	3,9	8,9	2,9	1,4	5,4
Klippan	6,5	4,9	8,3	2,1	1,2	3,3
Åstorp	6,2	4,7	8,0	3,1	2,0	4,6
Båstad	4,3	2,8	6,2	1,2	0,5	2,4
Malmö	2,8	2,5	3,1	1,0	0,9	1,2
Lund	3,2	2,8	3,8	1,4	1,1	1,8
Landskrona	2,2	1,6	2,9	0,9	0,5	1,4
Helsingborg	2,5	2,2	3,0	0,7	0,5	1,0
Höganäs	2,3	1,5	3,2	0,9	0,5	1,6
Eslöv	4,0	3,1	5,1	1,6	1,0	2,3
Ystad	3,0	2,1	4,1	1,8	1,1	2,8
Trelleborg	4,8	3,9	5,8	1,6	1,1	2,3
Kristianstad	4,3	3,7	5,0	1,7	1,3	2,2
Simrishamn	3,5	2,3	5,1	2,0	1,2	3,2
Ängelholm	3,8	2,9	4,7	1,1	0,7	1,7
Hässleholm	5,2	4,3	6,2	3,4	2,7	4,2
Hallands län						
Hylte	6,9	4,9	9,4			
Halmstad	6,0	5,3	6,8	2,3	1,9	2,8
Laholm	4,2	3,2	5,6	2,3	1,5	3,4
Falkenberg	5,0	4,1	6,0	2,2	1,6	3,0
Varberg	4,2	3,5	5,1	2,6	2,0	3,2
Kungsbacka	6,0	5,3	6,7	2,5	2,0	3,0
Västra Götalands län						
Härryda	4,2	3,3	5,1	2,0	1,4	2,7
Partille	3,4	2,6	4,2	1,1	0,7	1,7

Kommun	Pojkar Prevalens (%)	Lägre KI	Övre KI	Flickor Prevalens (%)	Lägre KI	Övre KI
Öckerö	8,3	6,3	10,5	3,1	1,9	4,7
Stenungsund	5,9	4,7	7,3	2,2	1,5	3,1
Tjörn	4,8	3,3	6,7	2,4	1,3	3,8
Orust	5,6	4,1	7,5	1,0	0,4	2,1
Sotenäs	5,1	3,2	7,8	3,8	2,0	6,3
Munkedal	6,1	4,2	8,6	1,6	0,7	3,1
Tanum	8,4	6,1	11,2	4,3	2,7	6,5
Dals-Ed	3,4	1,5	6,5			
Färgelanda	2,7	1,3	5,1	2,2	0,9	4,6
Ale	6,0	4,9	7,3	2,0	1,4	2,9
Lerum	2,7	2,1	3,5	1,2	0,8	1,8
Vårgårda	4,6	3,1	6,7			
Bollebygd	2,7	1,4	4,6			
Grästorp	9,3	6,0	13,4			
Essunga	11,7	7,9	16,2	3,7	1,9	6,5
Karlsborg	11,5	7,9	15,8	4,4	2,3	7,4
Gullspång	5,4	3,0	9,0	5,9	3,2	9,7
Tranemo	1,8	1,0	3,2			
Bengtsfors	3,0	1,6	5,2			
Mellerud	4,6	2,8	7,0			
Lilla Edet	7,1	5,2	9,4	3,1	1,9	4,8
Mark	3,6	2,7	4,6	1,9	1,3	2,7
Svenljunga	3,6	2,2	5,6	1,3	0,5	2,7
Herrljunga	4,5	2,8	6,8			
Vara	9,6	7,5	11,9	3,1	1,9	4,6
Götene	6,2	4,5	8,3	2,3	1,3	3,7
Tibro	4,8	3,2	7,0	2,0	1,0	3,6
Töreboda	8,8	6,3	11,8	4,4	2,5	6,9
Göteborg	2,9	2,6	3,1	1,1	1,0	1,3
Mölnadal	3,3	2,7	4,0	1,1	0,8	1,5
Kungälv	6,1	5,1	7,3	2,6	2,0	3,4
Lysekil	5,7	4,0	7,8			
Uddevalla	2,8	2,2	3,5	0,9	0,6	1,4
Strömstad	5,0	3,4	7,1	2,3	1,2	3,9
Vänersborg	2,8	2,1	3,6	1,3	0,8	1,9
Trollhättan	3,3	2,6	4,0	1,2	0,8	1,7
Alingsås	3,3	2,5	4,2	1,3	0,8	1,9
Borås	1,8	1,5	2,3	0,8	0,6	1,1
Ulricehamn	1,5	0,9	2,4			
Åmål	2,8	1,7	4,5	1,2	0,5	2,4
Mariestad	9,2	7,5	11,1	4,4	3,2	5,8
Lidköping	5,3	4,3	6,4	1,8	1,2	2,5

Kommun	Pojkar Prevalens (%)	Lägre KI	Övre KI	Flickor Prevalens (%)	Lägre KI	Övre KI
Skara	4,2	2,9	5,7	2,0	1,2	3,2
Skövde	4,4	3,6	5,3	1,8	1,3	2,5
Hjo	4,5	2,7	7,0	2,7	1,4	4,7
Tidaholm	10,5	8,1	13,3	3,3	2,0	5,1
Falköping	2,8	2,0	3,7	1,1	0,7	1,8
Värmlands län						
Kil	2,9	1,7	4,5	1,6	0,7	3,0
Eda	3,3	1,8	5,6	2,9	1,4	5,2
Torsby	3,5	2,1	5,4	1,5	0,7	3,0
Storfors	3,7	1,6	7,1	3,3	1,4	6,7
Hammarö	1,8	1,0	3,0	1,2	0,6	2,1
Munkfors	6,5	3,2	11,4			
Forshaga	4,6	3,1	6,6	1,7	0,8	3,1
Grums	4,5	2,7	7,0			
Årjäng	3,8	2,4	5,8			
Sunne	3,0	1,8	4,7	1,8	0,9	3,2
Karlstad	6,0	5,2	6,8	2,8	2,3	3,4
Kristinehamn	3,0	2,1	4,2	2,1	1,3	3,2
Filipstad	4,6	3,0	6,7	2,0	1,0	3,7
Hagfors	5,2	3,5	7,4			
Arvika	3,8	2,8	5,0	1,5	0,9	2,4
Säffle	3,1	1,9	4,6			
Örebro län						
Lekeberg	4,6	2,7	7,2	3,0	1,5	5,3
Laxå	3,2	1,5	5,9			
Hallsberg	5,0	3,5	6,8	1,6	0,8	2,8
Degerfors	9,6	7,1	12,6	2,0	1,0	3,8
Hällefors	4,9	2,8	7,9	2,5	1,0	5,1
Ljusnarsberg	8,6	5,4	12,8	4,5	2,1	8,3
Örebro	2,6	2,2	3,0	1,0	0,8	1,3
Kumla	3,7	2,7	4,9	1,5	0,9	2,4
Askersund	5,8	3,9	8,1	2,0	1,0	3,6
Karlskoga	4,7	3,6	5,9	2,1	1,4	2,9
Nora	2,8	1,6	4,6	1,6	0,7	3,2
Lindesberg	3,2	2,3	4,4	0,9	0,5	1,7
Västmanlands län						
Skinnskatteberg	5,8	3,0	10,1	3,8	1,6	7,6
Surahammar	7,1	4,9	9,8			
Kungsör	5,3	3,4	7,8	2,4	1,2	4,3

Kommun	Pojkar Prevalens (%)	Lägre KI	Övre KI	Flickor Prevalens (%)	Lägre KI	Övre KI
Hallstahammar	4,7	3,2	6,5	1,4	0,7	2,5
Norberg	7,4	4,5	11,1	2,8	1,1	5,6
Västerås	4,1	3,7	4,7	1,3	1,1	1,7
Sala	7,2	5,6	9,0	3,5	2,5	4,9
Fagersta	6,2	4,4	8,3	2,2	1,2	3,8
Köping	3,4	2,5	4,6	1,3	0,7	2,1
Arboga	2,5	1,5	4,0	1,9	1,1	3,3
Dalarnas län						
Vansbro	5,4	3,2	8,4			
Malung	4,4	2,8	6,5	1,7	0,7	3,5
Gagnef	3,1	1,9	4,9	2,0	1,0	3,6
Leksand	4,5	3,1	6,2	1,4	0,7	2,6
Rättvik	1,5	0,7	3,0			
Orsa	6,1	3,8	9,0	2,7	1,2	5,2
Älvdalen	4,8	2,7	7,6			
Smedjebacken	3,4	2,0	5,4	2,9	1,5	4,9
Mora	6,4	4,9	8,3	2,4	1,5	3,7
Falun	4,6	3,8	5,5	2,1	1,6	2,8
Borlänge	4,6	3,8	5,5	1,9	1,4	2,5
Säter	5,5	3,7	7,9	2,3	1,2	4,0
Hedemora	6,7	4,9	8,8	2,8	1,7	4,3
Avesta	4,7	3,5	6,3	0,9	0,4	1,8
Ludvika	6,1	4,8	7,6	1,5	0,9	2,4
Gävleborgs län						
Ockelbo	4,6	2,4	7,8	3,8	1,8	7,0
Hofors	9,7	7,2	12,7	4,9	3,0	7,5
Ovanåker	3,4	2,0	5,3	2,9	1,6	4,7
Nordanstig	9,1	6,6	12,0	2,5	1,3	4,6
Ljusdal	3,6	2,5	5,0	1,3	0,7	2,3
Gävle	9,0	8,1	9,8	4,3	3,7	5,0
Sandviken	9,9	8,6	11,4	4,6	3,7	5,8
Söderhamn	4,5	3,4	5,9	4,0	2,9	5,4
Bollnäs	3,8	2,8	5,1	2,3	1,5	3,3
Hudiksvall	6,7	5,6	8,0	2,8	2,1	3,7
Västernorrlands län						
Ånge	3,2	1,8	5,2			
Timrå	5,0	3,7	6,5	2,4	1,6	3,6
Härnösand	3,8	2,7	5,0	2,3	1,5	3,4
Sundsvall	3,6	3,1	4,2	1,3	1,0	1,7

Kommun	Pojkar Prevalens (%)	Lägre KI	Övre KI	Flickor Prevalens (%)	Lägre KI	Övre KI
Kramfors	4,4	3,1	6,1	1,9	1,1	3,1
Sollefteå	4,7	3,4	6,2	0,9	0,4	1,9
Örnsköldsvik	3,6	2,9	4,4	1,3	0,9	1,8
Jämtlands län						
Ragunda	3,3	1,5	6,3			
Bräcke	2,1	0,9	4,1			
Krokom	2,6	1,6	4,0	1,1	0,5	2,1
Strömsund	1,9	1,0	3,4			
Åre	1,6	0,8	3,1	1,6	0,7	3,2
Berg	2,2	1,0	4,4			
Härjedalen	4,9	3,1	7,3			
Östersund	4,0	3,2	4,8	1,4	1,0	2,0
Västerbottens län						
Nordmaling	6,7	4,4	9,8	2,9	1,4	5,2
Bjurholm	6,0	2,7	11,4			
Vindeln	6,6	3,8	10,5	3,5	1,6	6,4
Robertsfors	8,4	5,7	11,9	4,5	2,4	7,6
Norsjö	4,5	2,2	8,0			
Malå	7,5	3,7	13,1			
Storuman	9,9	6,5	14,0	3,4	1,6	6,3
Sorsele						
Dorotea	11,6	6,2	19,0			
Vännäs	6,3	4,2	8,8	2,1	1,1	3,9
Vilhelmina	6,7	4,3	9,7	2,2	1,0	4,4
Åsele						
Umeå	4,1	3,6	4,7	2,0	1,6	2,5
Lycksele	10,6	8,2	13,4	2,5	1,4	4,2
Skellefteå	7,8	6,9	8,8	3,1	2,5	3,7
Norrbottens län						
Arvidsjaur	8,9	5,9	12,6	4,4	2,3	7,5
Arjeplog	7,8	4,0	13,3			
Jokkmokk	7,8	4,6	12,2			
Övertorneå						
Kalix	5,7	4,2	7,6	2,1	1,2	3,4
Pajala						
Gällivare	4,7	3,3	6,4	2,0	1,1	3,3
Älvsbyn	6,0	3,9	8,6	2,6	1,3	4,7
Luleå	3,9	3,2	4,6	1,1	0,8	1,6

Kommun	Pojkar Prevalens (%)	Lägre KI	Övre KI	Flickor Prevalens (%)	Lägre KI	Övre KI
Piteå	4,8	3,9	5,8	2,3	1,7	3,1
Boden	5,8	4,6	7,3	2,6	1,8	3,6
Haparanda	3,9	2,3	6,1			
Kiruna	2,5	1,7	3,6	1,2	0,6	2,0