

Psykisk ohälsa bland unga

Underlagsrapport till
Barns och ungas hälsa, vård och omsorg
2013

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2013-5-43

Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2013

Förord

Socialstyrelsen har fått regeringsuppdraget att ”redovisa utvecklingen av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhet samt den långsiktiga utvecklingen av folkhälsan och sociala förhållanden ur ett befolkningsperspektiv ... samt analysera tänkbara orsaker till förändringar. Redovisningen ska fokusera på barn och unga ...”. Uppdraget avrapporteras genom rapporten *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*.

I samband med detta har ett antal underlagsrapporter tagits fram i syfte att fördjupa kunskapen om barns och ungas hälsa och sociala förhållanden. Danuta Biterman har varit projektledare för underlagsrapporterna.

Den föreliggande underlagsrapporten *Psyisk ohälsa bland unga* har tagits fram av Peter Salmi, Marie Berlin, Emma Björkenstam, Gunilla Ringbäck Weitoft.

Rapporten fördjupar kunskapen om den ökande gruppen av unga som tidigt rapporterar psykiska besvär eller som tidigt drabbas av psykisk sjukdom. Konsekvenserna av den psykiska ohälsan bland ungdomar analyseras med avseende på deras framtida hälsa och vuxenetablering.

Petra Otterblad Olausson
Avdelningschef

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Psykisk ohälsa bland unga</i>	8
Vad är psykisk ohälsa?	8
Utveckling av barns och ungdomars psykiska ohälsa	8
Hur utbredd är psykisk ohälsa bland barn och unga i Sverige?	9
Barn 0–17 år	11
Unga vuxna 18–24 år	12
Den ökande psykiska ohälsan	13
Psykisk ohälsa med utdraget sjukdomsförlopp	14
Långvariga konsekvenser av tidig psykisk sjukdom	15
Uppföljning av ungdomar som rapporterat tidiga psykiska besvär	18
Dödlighet och inneliggande vård på sjukhus på grund av psykisk sjukdom, självmordsförsök eller skador	21
Användning av psykofarmaka	23
Utbildning	24
Att bli förälder	26
Ekonomisk situation	27
Diskussion och slutsatser	28
Kort summering	29
<i>Referenser</i>	30
<i>Bilaga 1. Vanliga psykiska sjukdomar och diagnoskoder</i>	31
<i>Bilaga 2. Metodbilaga</i>	33
<i>Bilaga 3. Datakällor</i>	35

Sammanfattning

- Barns och ungdomars psykiska ohälsa har ökat under 1990- och 2000-talet, och de senaste data från 2011 visar på en fortsatt ökning. I åldersgruppen 18 till 24 år hade 7 procent av männen i befolkningen någon form av kontakt med psykiatrisk öppen- eller slutenvård, eller använde psykofarmaka. Motsvarande siffror för kvinnor var 10 procent.
- Det är framför allt depressioner, ångestsjukdomar och missbruk som ökar inom ungdomsgruppen, men också personlighetsstörningar bland kvinnor.
- Att någon gång ha vårdats på sjukhus mellan 16 och 24 års ålder på grund av psykisk sjukdom innebar i många fall att man åter behövde sjukhusvård inom fem år. Detta gällde inte bara för svåra tillstånd som schizofreni utan också för depressioner och ångestsjukdomar.
- Sjukdomsförloppet blir i många fall utdraget för ungdomar som någon gång mellan 16 och 24 års ålder har vårdats på sjukhus på grund av psykisk sjukdom. Senare i livet behöver de oftare öppen specialistvård eller sjukhusvård och använder psykofarmaka i större utsträckning än övriga ungdomar. Bland dem som sjukhusvårdats är det också vanligare med dödsfall i unga år på grund av självmord eller av andra orsaker. Utbildningsnivån vid 29 års ålder är också lägre i gruppen jämfört med andra ungdomar.
- Allt fler ungdomar rapporterar psykiska besvär som oro eller ängslan. Sådan självrapportering är ett varningstecken för senare psykisk sjukdom, ökad risk för självmordsförsök eller övriga skador och olyckor. Det fanns också ett samband mellan tidiga självrapporterade psykiska besvär och problem med försörjning och familjebildning.
- Den ökning i psykisk ohälsa som skett bland ungdomar har fört med sig att fler ungdomar behöver psykiatrisk vård och har försämrade möjligheter att etablera sig i samhället. På sikt kan en ökande grupp av psykiskt sjuka barn och ungdomar utgöra ett växande folkhälsoproblem.

Psykisk ohälsa bland unga

Vad är psykisk ohälsa?

Benämningen psykisk ohälsa kan ses som ett övergripande begrepp som kan användas olika beroende på sammanhang. Det kan inkludera allt från självrapporterade besvär av oro eller nedstämdhet, som är mer eller mindre plågsamma, till psykiska sjukdomar som schizofreni eller depression. Lindrigare psykiska besvär stör visserligen välbefinnandet och kan innebära påfrestningar när det gäller att klara vardagen, men behöver inte betyda att individen är psykiskt sjuk och behöver behandling.

När man talar om psykisk sjukdom menar man en psykisk ohälsa som tar sig i uttryck i ett syndrom som vården kan känna igen utifrån olika diagnostiska kriterier. Psykisk ohälsa kan ibland medföra en sådan nedsättning av psykiska funktioner att personen har ett behov av stöd- och hjälpinsatser från kommunen¹. Psykisk ohälsa kan alltså betyda både lindriga psykiska besvär och mer allvarigare former av psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning.

För barn och ungdomar är det viktigt att identifiera den psykiska ohälsa som kan leda till psykisk sjukdom. Därmed finns också möjlighet att tidigt ställa en diagnos och sätta in behandling eller olika insatser som kan förhindra att tillståndet blir långvarigt och handikappande.

Utveckling av barns och ungdomars psykiska ohälsa

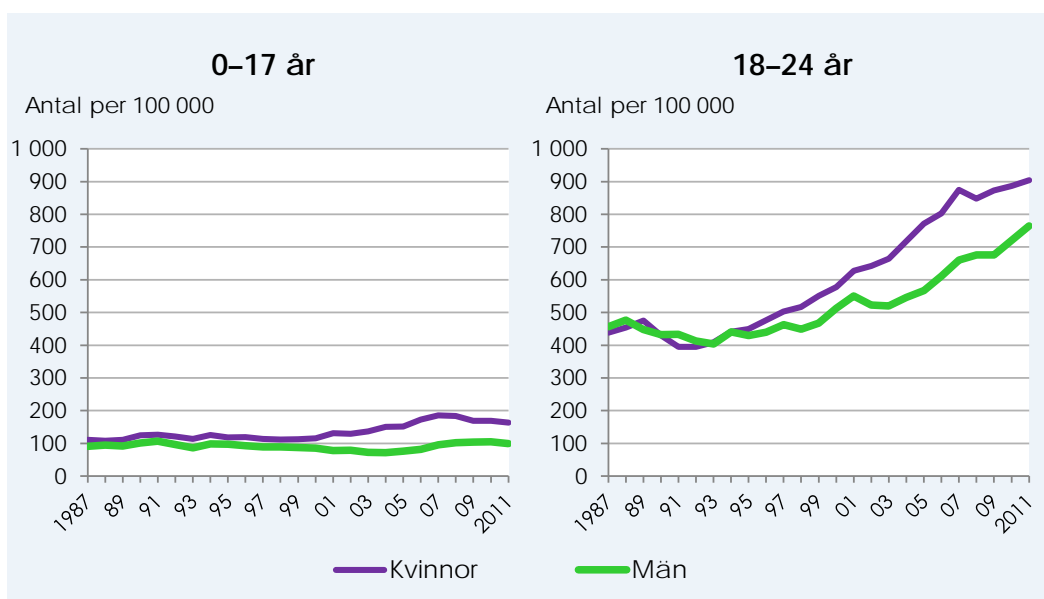
Barns och ungdomars psykiska ohälsa har uppmärksammats i flera rapporter under 2000-talet. Ett tydligt budskap i rapporterna har varit att den psykiska ohälsan ökar inom gruppen. Det finns för närvarande inget klart svar på varför den ökar men ökningen förefaller ske inom hela gruppen och inte enbart bland barn och ungdomar som är särskilt utsatta på grund av belastande psykosociala faktorer som missbruk eller psykisk sjukdom hos en förälder [1]. Detta talar för att det kan ha skett förändringar i miljöer, exempelvis skolan, där de flesta ungdomar vistats eller förändringar på samhälls nivå som påverkat utvecklingen av den psykiska ohälsan.

Det är viktigt att tidigt uppmärksamma psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. Psykisk ohälsa innebär inte bara ett lidande för den drabbade utan kan också få allvarliga konsekvenser på sikt, till exempel genom att det blir svårt att tillgodogöra sig skolarbete, etablera sig på arbetsmarknaden eller att knyta relationer och exempelvis bilda familj. En ökning av andelen ungdomar med psykisk ohälsa är ur ett sådant perspektiv allvarligt och kan utgöra ett växande problem för samhället.

¹ Enligt socialtjänstlagen (2001:453) om socialtjänstens insatser för barn och unga som innebär placering för vård utanför det egna hemmet (SoL) eller enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Ett frågetecken kring den tydliga ökningen av psykisk ohälsa som skett under 2000-talet är hur allvarlig ökningen är (figur 1). Statistiska centralbyråns undersökningar om levnadsförhållanden visar på en ökande självrapportering av psykiska besvär bland ungdomar, men det är oklart om sådana besvär har att göra med allvarligare psykisk ohälsa på sikt. Samtidigt har dock en ökning skett bland ungdomar som behöver sjukhusvård på grund av psykisk sjukdom [2]. Detta talar för en faktisk allmän försämring av psykisk hälsa bland ungdomar, snarare än att det finns en större benägenhet i dag att rapportera allmänna symtom som kanske alltid funnits inom gruppen.

Figur 1. Utveckling av psykisk sjukdom hos barn och unga vuxna 1987–2011
Barn 0–17 år och unga vuxna 18–24 år som har vårdats på sjukhus (med minst en övernattningsnatt) på grund av psykisk sjukdom. Kvinnor och män. Antal per 100 000 invånare.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I detta kapitel redovisas resultaten från studier som ur olika aspekter analyserar den ökning av psykisk ohälsa som skett bland barn och ungdomar under det senaste decenniet. Konsekvenserna av psykisk ohälsa kommer att beskrivas både i den grupp av ungdomar som uppger att de upplever psykiska besvär som oro eller ångslan och i den grupp av ungdomar som drabbats av allvarligare former av psykisk ohälsa som leder till att de läggs in på sjukhus eller får vård vid en specialiserad öppenvård.

Hur utbredd är psykisk ohälsa bland barn och unga i Sverige?

Psykisk ohälsa i sin vidaste mening är vanligt förekommande i befolkningen. Baserat på resultat från olika enkätundersökningar har uppskattningsvis 20–40 procent av befolkningen någon form av psykisk ohälsa. Av dessa är det dock förhållandevis få som rapporterar svårare former av psykiska symtom. Fem till tio procent i befolkningen uppskattas lida av en så allvarlig psykisk ohälsa att de behöver psykiatrisk behandling [2]. Till patientregist-

ret vid Socialstyrelsen inrapporteras uppgifter om psykiatriska diagnoser inom specialiserad öppenvård eller slutenvård, det vill säga uppgifter om psykisk ohälsa som vården bedömer var en sjukdom. Det finns dock personer som, trots att de mår så pass psykiskt dåligt att de skulle behöva behandling, aldrig söker hjälp. Det finns också personer som kommer i kontakt med vården utan att deras psykiska problem blir upptäckta.

Det är alltså svårt att exakt uppskatta hur många som lider av psykisk ohälsa, oavsett om det gäller barn eller vuxna. Däremot är det möjligt att

Faktaruta 1. Psykisk ohälsa och hälso- och sjukvård

<i>Primärvård</i>	Läkaren vid vårdcentralen är ofta den första kontakten för personer med psykisk ohälsa. När det gäller barn och ungdomar är elevhälsan och barnmottagningar viktiga första kontakter. Vanligast är det att lindrigare former av depressioner och ångestsjukdomar behandlas enbart inom primär-vården.
<i>Specialiserad öppenvård</i>	När primärvårdens insatser eller kompetens inte räcker till behandlas psykisk ohälsa vid specialistmottagningar. Patienten behandlas inom specialiserad öppenvård utan att läggas in.
<i>Slutenvård</i>	Behov av slutenvård uppstår om tillstånden inte kan klaras av inom den specialiserade öppenvården. Det kan till exempel finnas en risk att personen ska begå ett självmordsförsök. Då läggs patienten in på sjukhus för vård och behandling.
<i>Psykofarmaka</i>	Samlingsnamn för läkemedel som används vid behandlingen av psykiska sjukdomar.

beräkna hur många som varje år kommer i någon form av kontakt med vården på grund av psykiska besvär. Det kan ge oss en uppskattning om hur utbredd den psykiska ohälsan är. Ett sätt att uppskatta förekomsten av psykisk ohälsa i befolkningen är att använda uppgifter från register. Sverige tillhör de länder där detta är möjligt tack vare hälsodataregistrerna². Ett register som kommer att användas är det ovan nämnda patientregistret. Ett annat är läkemedelsregistret, där det finns uppgifter om alla förskrivna (det vill säga sådana som skrivits ut på recept av en läkare) läkemedel som också blir uthämtade.

Den registerstudie som redovisas nedan avser att skapa en övergripande bild av hur många barn och unga vuxna som har psykiska besvär, och mår så pass dåligt att de av den anledningen antingen har besökt specialiserad öppenvård, vårdats inlaggande på sjukhus eller fått psykofarmaka förskrivna.

Grupper som missas kan vara personer som enbart behandlas inom primärvården utan att få psykofarmaka eller psykisk sjuka som inte kommer med just det studerade året – det kan alltså röra sig om personer som har fått

² Hälsodataregister är register som avses i lagen (1998:543) om hälsodataregister och som förvaltas av Socialstyrelsen: Cancerregistret, medicinska födelseregistret och fosterskaderegistret, patientregistret, läkemedelsregistret och tandhälsoregistret. Enligt lagen får hälsodataregistrerna enbart användas för forskning och framställning av statistik samt kvalitetssäkring och utvärdering av hälso- och sjukvård. Samkörning av personuppgifter från dessa register får inte göras för några andra ändamål.

sin diagnos året innan eller personer som inte besöker vården överhuvudtaget och inte heller använder psykofarmaka.

Barn 0–17 år

Tabell 1. Förekomst av psykisk sjukdom bland barn 0–17 år 2011

Flickor respektive pojkar som någon gång under året har besökt specialiserad öppenvård, lagts in på sjukhus eller använt psykofarmaka. Antal och procent.*

Alla som	Flickor		Pojkar	
	Andel av alla i åldersgruppen	Andel av alla i åldersgruppen	Andel av alla i åldersgruppen	Andel av alla i åldersgruppen
	Antal	%	Antal	%
Använder* psykofarmaka	18 607	1,99	29 506	2,99
Läggs in på sjukhus**	1 903	0,2	1 358	0,14
Kommer till specialiserad öppenvård**	17 638	1,89	27 953	2,84
Antingen använder psykofarmaka eller kommer till specialiserad öppenvård** eller läggs in på sjukhus**	26 700	2,86	41 326	4,19
<i>Både använder psykofarmaka och läggs in på sjukhus**</i>	156	0,02	119	0,01
<i>Både använder psykofarmaka och kommer till specialiserad öppenvård**</i>	9 157	0,98	16 155	1,64
<i>Både kommer till specialiserad öppenvård** och läggs in på sjukhus**</i>	239	0,03	189	0,02
<i>Både använder psykofarmaka och kommer till specialiserad öppenvård** och läggs in på sjukhus**</i>	948	0,10	514	0,05

* Hämtat ut förskrivna läkemedel.

Källa: Läkemedelsregistret och patientregistret, Socialstyrelsen.

Barn till och med 17 års ålder kan söka till specialiserad öppenvård vid barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Sverige. Det finns även psykiatriska slutenvårdplatser för barn i vissa landsting om barnet akut behöver läggas in på sjukhus. Om det inte finns någon sådan barnpsykiatrisk slutenvård är barnet hänvisat till vuxenpsykiatrisk slutenvård.

Under år 2011 var det sammanlagt omkring 41 500 pojkar och 26 500 flickor i åldern 17 år eller yngre som i någon form hade kontakt med vården för psykisk ohälsa eller använde (hämtade ut på recept) psykofarmaka. Det innebär 4 procent av pojkarna och 3 procent av flickorna i motsvarande åldersgrupp i hela befolkningen. Två procent av flickorna och tre procent av pojkarna i respektive åldersgrupp hade fått psykofarmaka förskrivet och ungefär lika många hade haft kontakt med specialiserad öppenvård (tabell 1). Utlandsfödda barn, oavsett kön, vårdades i något högre utsträckning än övriga barn i specialiserad öppen- eller slutenvård.

Både för pojkar och flickor var uppmärksamhets- och hyperaktivitetsstörningar (adhd) främsta skälet till besök inom öppen specialistvård, medan bruk av alkohol bland båda könen var den vanligaste orsaken till att bli inlagd på sjukhus. De psykofarmaka som skrevs ut mest till båda könen var sömnmedel och lugnande samt adhd-läkemedel, i synnerhet för pojkarna.

Unga vuxna 18–24 år

Tabell 2. Förekomst av psykisk sjukdom bland unga vuxna 18–24 år, 2011
Unga kvinnor respektive unga män som någon gång under 2011 har besökt specialiserad öppenvård, lagts in på sjukhus eller använt* psykofarmaka.
Antal och procent.

Alla som	Unga kvinnor		Unga män	
	Andel av alla i åldersgruppen	Andel av alla i åldersgruppen	Andel av alla i åldersgruppen	Andel av alla i åldersgruppen
	Antal	%	Antal	%
Använder* psykofarmaka	31 064	8,88	26 588	5,75
Läggs in på sjukhus**	4 385	1	4 030	0,87
Kommer till specialiserad öppenvård**	21 467	4,88	17 209	3,72
Antingen använder psykofarmaka eller kommer till specialiserad öppenvård** eller läggs in på sjukhus**	46 077	10,47	33 483	7,24
Både använder psykofarmaka och läggs in på sjukhus**	564	0,13	510	0,11
Både använder psykofarmaka och kommer till specialiserad öppenvård**	12 547	2,85	9 422	2,04
Både kommer till specialiserad öppenvård** och läggs in på sjukhus**	514	0,12	586	0,13
Både använder psykofarmaka och kommer till specialiserad öppenvård** och läggs in på sjukhus**	2 607	0,59	1 913	0,41

* Hämtat ut förskrivna läkemedel.

Källa: Läkemedelsregistret och patientregistret, Socialstyrelsen.

Från det att man fyller 18 år behandlas psykiatrisk problematik generellt inom vuxenpsykiatri i Sverige. På vissa håll finns dock verksamheter för unga vuxna mellan 18 och 24 år.

Under 2011 behövde omkring 33 500 män och 46 000 kvinnor i den här åldergruppen någon form av psykiatrisk vård eller psykofarmaka. Det utgör 7 procent män och 10 procent kvinnor i motsvarande åldersgrupp i befolkningen. Nästan 9 procent av alla unga kvinnor och 6 procent av alla unga män hade förskrivits psykofarmaka (tabell 2). Utlandsfödda män och kvinnor behövde i större utsträckning öppen- eller slutenvård än övriga. Medan omkring 2 procent av unga vuxna i hela befolkningen behandlades inom

någon form av psykiatrisk vård var andelen unga som behandlades bland - utlandsfödda över 3 procent.

Bland kvinnorna dominerade ångestsjukdomarna när det gäller vård vid psykiatrisk öppenvårdsmottagning medan männen i större utsträckning besökte öppenvården på grund av adhd. Liksom hos de yngre barnen var bruk av alkohol den vanligaste orsaken till att både män och kvinnor lades in på sjukhus. De vanligaste typerna av psykofarmaka som användes var för både män och kvinnor antidepressiva läkemedel, sömnmedel och lugnande medel.

Den ökande psykiska ohälsan

Faktaruta 2. Studiepopulation och -upplägg: tidigt insjuknande i psykisk sjukdom och dess konsekvenser.

Studien är indelad i två delstudier. Den första delstudien omfattar alla personer födda åren 1971–1987 som var folkbokförda i Sverige enligt Statistiska centralbyråns Registret över totalbefolkningen (RTB). Studien undersöker dels hur stor andel i olika födelsekohorter* som hade varit inlagda på sjukhus på grund av psykisk sjukdom mellan 16 och 24 års ålder, dels i vilken omfattning de återigen blir inlagda på sjukhus för psykiatrisk vård. Studiepopulationen omfattar drygt 1,7 miljoner personer. Metoden som används är så kallad överlevnadsanalys (SAS/STAT PROC LIFETEST) med hänsyn till persontid. Återinläggning på sjukhus studeras under en femårsperiod, där uppföljnings-tiden startar sex månader efter det första vårdtillfället för respektive diagnos. Uppföljningstiden blir därmed 4,5 år.

Den andra delstudien undersöker olika konsekvenser i 25–29 års ålder som kan följa av ett tidigt insjuknande i psykisk sjukdom. Studiepopulationen omfattar personer födda 1971–1982 som hade varit inlagda på sjukhus för psykisk sjukdom mellan 16 och 24 års ålder. I studien ingår drygt 1,3 miljoner personer. Referenspopulation består av alla födda 1971–1982 som *inte* hade fått sjukhusvård på grund av dessa sjukdomar när de var mellan 16 och 24 år.

Uppgifterna baseras på data från Socialstyrelsens patientregister (slutenvård åren 1987–2011 och specialiserad öppenvård 2006–2011), dödsorsaksregister (1987–2011), läkemedelsregister (2006–2011) och Statistiska centralbyråns Register över totalbefolkningen (RTB) och Utbildningsregister (1990–2011). För en mera detaljerad beskrivning se Bilaga 2. Metod respektive Bilaga 3. Datakällor.

*Begreppet *kohort* syftar på en grupp individer med vissa gemensamma kännetecken, ofta födelseperiod, till exempel ett år. En sådan födelsekohort består alltså av personer födda under samma kalenderår.

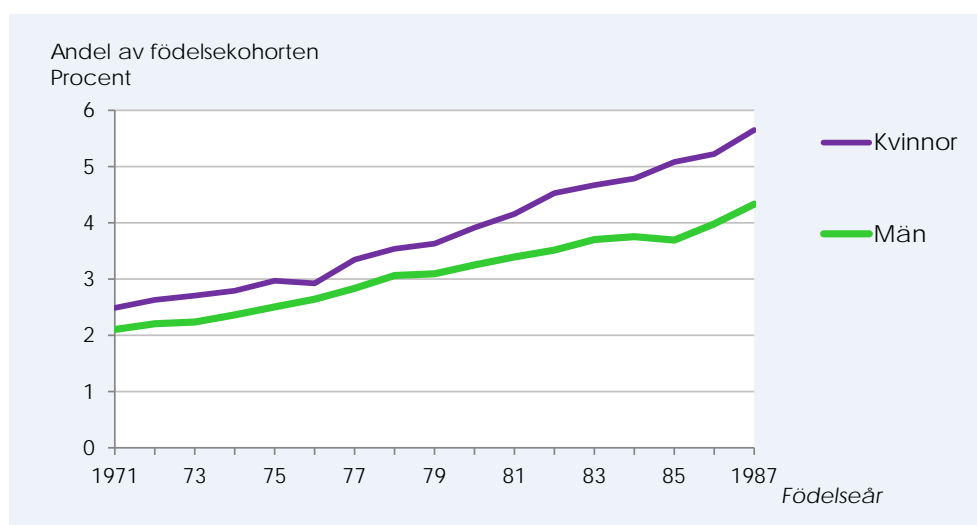
I det här avsnittet redovisas resultat från en ny studie som undersöker förekomsten av psykisk sjukdom hos ungdomar i Sverige mellan 16 och 24 års ålder och sjukdomens förlopp inom de fem efterföljande åren. Vidare beskrivs konsekvenser i en senare fas i livet för dessa ungdomar när många unga vuxna står i begrepp att bilda familj och etablera sig på arbetsmarknaden. De konsekvenser som analyseras i studien är om de unga vuxna behöver psykiatrisk vård igen, använder psykofarmaka eller avlider. Studien undersöker också deras utbildningsnivå i jämförelse med övriga ungdomars. Syf-

tet med studien var att närmare belysa psykisk ohälsa som har inneburit sjukhusvård bland ungdomar och konsekvenser av detta.

Psykisk ohälsa med utdraget sjukdomsförlopp

Det har skett en försämring av den psykiska hälsan bland barn och ungdomar. Andelen ungdomar mellan 16 och 24 år, födda mellan 1971 och 1987, som fick läggas in på sjukhus på grund av psykisk sjukdom har succesivt ökat över födelsekohorterna (figur 2). Bland kvinnor och män födda 1971 vårdades drygt 2 procent för psykisk sjukdom. Bland kvinnor och män födda 1987 var motsvarande siffra 5 respektive 4 procent.

Figur 2. Utvecklingen av psykisk sjukdom i Sverige bland ungdomar
Kvinnor och män födda 1971–1987 som fick läggas in på sjukhus på grund av psykisk sjukdom när de var i 16–24 års ålder. Andel av födelsekohorten. Procent*.



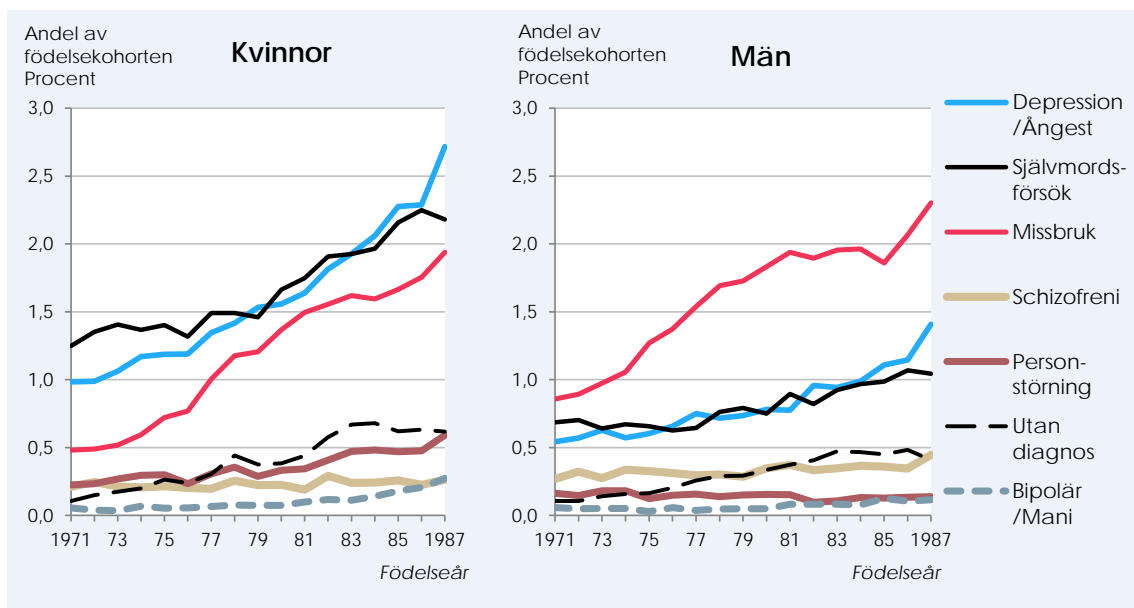
* Beräknat med hänsyn till persontid.

Källa: Patientregister, Socialstyrelsen

Det är framför allt depressions- och ångestsjukdomar samt missbruk som ökat i ungdomsgruppen (figur 3). Missbruk kan ofta vara förknippat med att en individ har depression eller ångest, men också det omvända kan gälla: att missbruk leder till depressioner och ångestsjukdomar. Framför allt ökade andelen män som behövde vård för missbruk. Även vård på grund av självmordsförsök och personlighetsstörningar har ökat, särskilt bland kvinnorna. Förekomsten av schizofreni och bipolär sjukdom tenderar att vara mer stabil över tid. Genomsnittsåldern för att vårdas inlagd på sjukhus låg mellan 20 och 21 år för samtliga sjukdomar.

Av dem som var inlagda på sjukhus på grund av psykisk sjukdom mellan 16 och 24 år blev många inlagda igen inom fem år. Detta gäller i synnerhet dem som vårdades för schizofreni, bipolär sjukdom eller personlighetsstörningar (figur 4). För dessa tillstånd blev mellan 60 och 70 procent återinlagda.

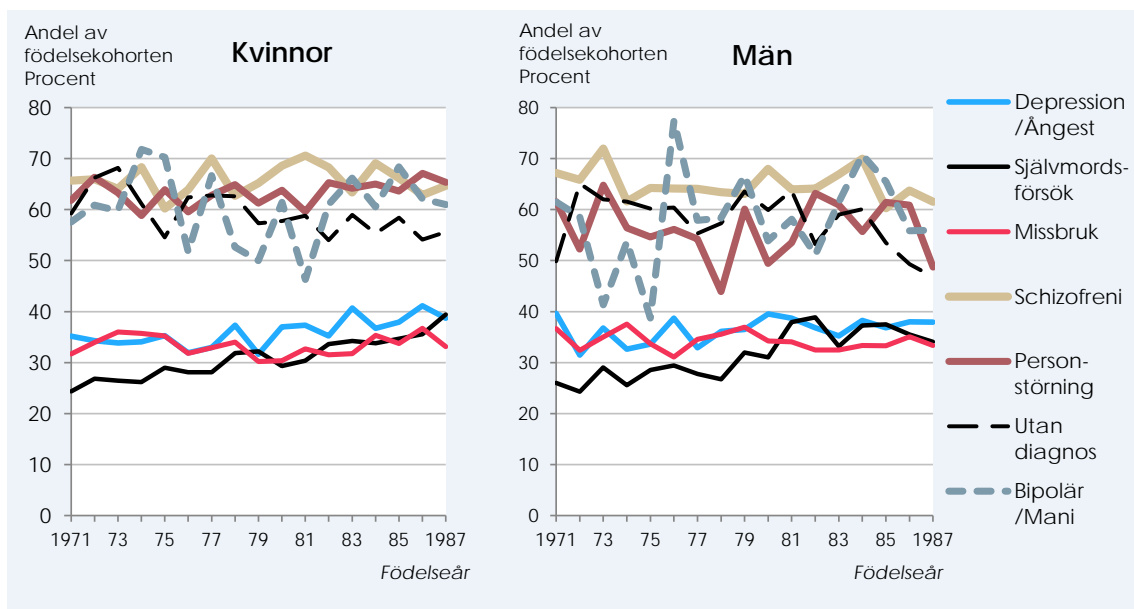
Figur 3. Utvecklingen av olika psykiska sjukdomar i Sverige bland ungdomar
 Kvinnor och män födda 1971–1987 som fick läggas in på sjukhus på grund av olika psykiska sjukdomar när de var i 16–24 års ålder. Andel av födelsekohorten. Procent*.



* Beräknat med hänsyn till persontid.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Figur 4. Återinläggning på sjukhus på grund av psykiska sjukdomar inom 5 år efter första sjukdomstillfället bland ungdomar
 Kvinnor och män födda 1971–1987 som fick läggas in på sjukhus på grund av olika psykiska sjukdomar när de var i 16–24 års ålder. Andel av födelsekohorten som var sjuka. Procent*.



*Beräknat med hänsyn till persontid.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Även ungdomar som vårdats vid psykiatrisk klinik utan att få en diagnos behövde ofta upprepad sjukhusvård. De psykiatriska diagnoser som tydligt ökar bland ungdomar – det vill säga missbruk, depressioner och ångestsjuk-

domar – ledde i cirka 30 till 40 procent av fallen till att de drabbade lades in på sjukhus igen inom fem år. Genomsnittstid för samtliga sjukdomsgrupper för att åter bli inlagd på sjukhus var tre till fyra år efter första sjukdomstillfället.

Sjukdomsförloppet hade ett likartat mönster för de flesta tillstånd oavsett födelsekohort, det vill säga lika många blev inlagda igen i de senare födelsekohorterna som i de yngre (figur 4). Det pekar på att sjukdomens allvarlighetsgrad är lika hög i dag som tidigare för olika psykiatriska diagnoser, förutsatt att till exempel vården känner igen och behandlar psykisk sjukdom likadant i dag som tidigare.

Det fanns en trend som pekar på att ungdomar i de yngre födelsekohorterna, som under uppväxten begick ett självmordsförsök, i större utsträckning än ungdomar i de äldre kohorterna, återigen blev vårdade på sjukhus. Det är oklart vad detta står för. En möjlig förklaring är att det rör sig om ökat självskadebeteende bland ungdomar födda i de senare födelsekohorterna snarare än faktiska självmordsförsök.

Långvariga konsekvenser av tidig psykisk sjukdom

Att i unga år insjukna i psykisk sjukdom medför allvarliga konsekvenser senare i livet, inte enbart vad gäller hälsa och dödlighet utan även för vilken utbildning man uppnår.

Ungdomar som vårdats inlagda på sjukhus på grund av psykisk ohälsa mellan 16 och 24 års ålder hade sämre psykisk hälsa och högre dödlighet i 25–29 års ålder jämfört med ungdomar som inte hade vårdats för psykisk sjukdom i ungdomen (tabell 3). De behövde oftare antingen öppen specialistvård eller sjukhusvård och använde psykofarmaka i större utsträckning. Det var också vanligare att de dog i unga år både på grund av självmord och av andra orsaker. Detta gäller särskilt om det tidigare insjuknandet var i schizofreni eller bipolär störning.

Även ungdomar som hade vårdats utan att få en diagnos vårdades ofta igen och hade dessutom en hög konsumtion av psykofarmaka. Att inte få en diagnos behöver alltså inte betyda att man inte är allvarligt sjuk. Eftersom de här personerna inte hade fått en diagnos vid den första kontakten med den psykiatriska vården kan senare behandling ha blivit bristfällig, vilket kan ha lett till ett försämrat tillstånd. Annars kan utebliven diagnos vara ett tecken på en komplex sjukdomsbild där vården inte gärna vill ställa diagnos på allvarlig sjukdom som schizofreni eller personlighetsstörning utan att avvakta eller att utreda mer.

Det är slående att de grupper som mest har ökat med avseende på psykisk ohälsa, det vill säga unga med missbruk, med depressioner och med ångestsjukdomar, också har högre konsumtion av vård och psykofarmaka samt högre dödlighet, jämfört med ungdomar som tidigare inte hade blivit inlagda på sjukhus på grund av psykisk sjukdom. Det tyder på att ett tidigt insjuknande i missbruk, depressioner eller ångestsjukdomar, där det har krävts sjukhusvård, i många fall tyder på en varaktig psykisk sjukdom. Om detta innebär en ökande grupp av medelålders personer med psykisk ohälsa i framtiden är i nuläget oklart.

Tabell 3. Förekomst av öppen specialiserad psykiatrisk vård eller sjukhusvård, användning av psykofarmaka alternativt död i 25–29 års ålder

Personer födda 1971–1982 som varit respektive inte varit inlagda på sjukhus på grund av olika psykiska sjukdomar när de var mellan 16 och 24 år. Procent.

Har vid 16–24 års ålder vårdats på sjukhus pga.:	Samtliga	Därav har vid 25–29 års ålder				
		varit patienter i spec. mottagning*	varit inlagda på sjukhus*	använt** psyko- farmaka	begått själv- mord	dött av andra orsaker
		Antal	%	%	%	%
Kvinnor						
Missbruk	5 896	42,2	21,8	59,8	0,7	0,5
Schizofreni	1 385	75,4	47,7	82,7	0,6	0,6
Bipolär störning	422	78,3	43,2	81,5	0,9	0,5
Depression och ångest	8 304	49,4	22,1	69,7	0,6	0,3
Personlighetsstörningar	1 856	69,2	42,6	81,0	1,2	0,6
Självordsförsök	9 358	41,1	18,4	63,2	0,6	0,3
Utan diagnos	1 869	61,0	31,2	74,8	1,0	0,5
Alla som vårdats*	20 759	43,0	18,5	63,4	0,5	0,3
Har INTE vårdats* (referensgrupp)	629 237	8,1	1,2	24,6	0,0	0,1
Män						
Missbruk	9 066	40,8	24,1	50,0	1,1	2,0
Schizofreni	2 020	73,3	44,7	78,9	1,3	0,8
Bipolär störning	343	77,5	40,7	72,2	1,7	0,3
Depression och ångest	4 469	49,4	24,4	63,2	1,4	0,9
Personlighetsstörningar	944	59,8	37,7	68,5	2,4	1,4
Självordsförsök	4 580	39,7	21,5	53,1	1,3	1,7
Utan diagnos	1 491	63,5	38,5	70,0	1,3	2,5
Alla som vårdats*	17 805	43,0	22,6	53,7	1,1	1,4
Har INTE vårdats* (referensgrupp)	656 640	6,2	1,3	16,3	0,1	0,2

* Exkl. självordsförsök.

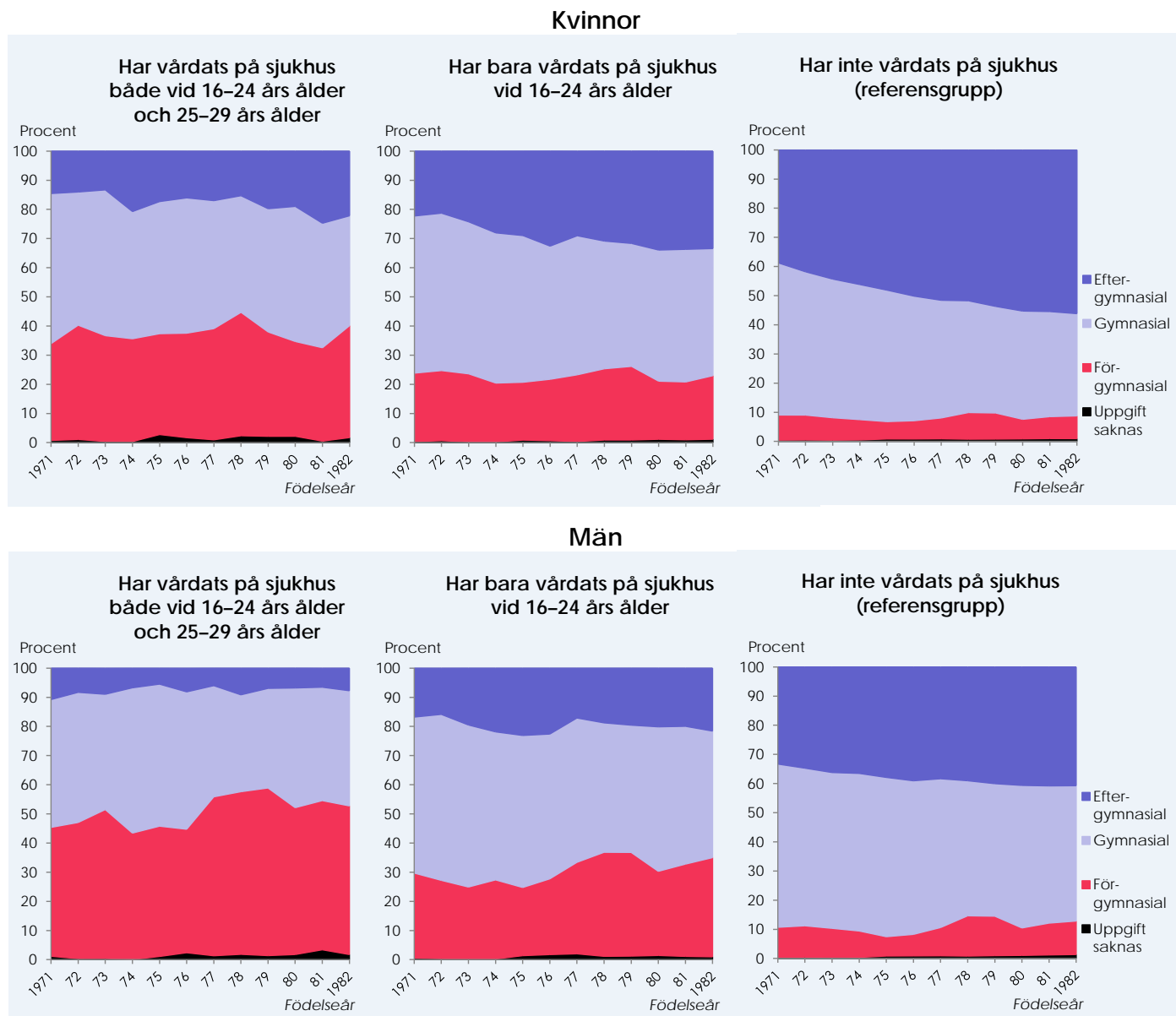
** Hämtat ut förskrivna läkemedel.

Referensgruppen består av alla födda 1971–1982 som *inte* fick sjukhusvård på grund av psykiska sjukdomar i 16–24 års ålder.

Källa: Patientregistret, Läkemedelsregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Bland personer som hade vårdats på grund av psykisk sjukdom i åldern 16–24 år var utbildningsnivån vid 29 års ålder lägre, jämfört med personer som inte varit sjuka (figur 5). Detta gäller i synnerhet om individerna också behövt psykiatrisk vård när de var mellan 25 och 29 år gamla. Högre utbildning är starkt förknippad med god hälsa och förmåga att tillgodogöra sig studierna, och det är särskilt oroväckande att en ökande ungdomsskara nu förefaller drabbas negativt i denna mening. Numera har lågutbildade unga vuxna mycket sämre förutsättningar att etablera sig på arbetsmarknaden än deras jämnåriga med längre utbildningar [5]. För dem som också har en långvarig eller bestående psykisk sjukdom är det antagligen ännu svårare att få arbete.

Figur 5. Utbildningsnivån bland ungdomar vid 29 års ålder, beroende på om de vid 16–24 års ålder hade vårdats på sjukhus på grund psykisk sjukdom eller inte
 Kvinnor och män födda 1971–1982 som var folkbokförda i Sverige vid 29 års ålder.
 Procent.



Referensgruppen består av alla födda 1971–1982 som *varken* fick sjukhusvård p.g.a. psykiska sjukdomar i 16–24 års ålder *eller* i 25–29 års ålder.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen samt Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån

Uppföljning av ungdomar som rapporterat tidiga psykiska besvär

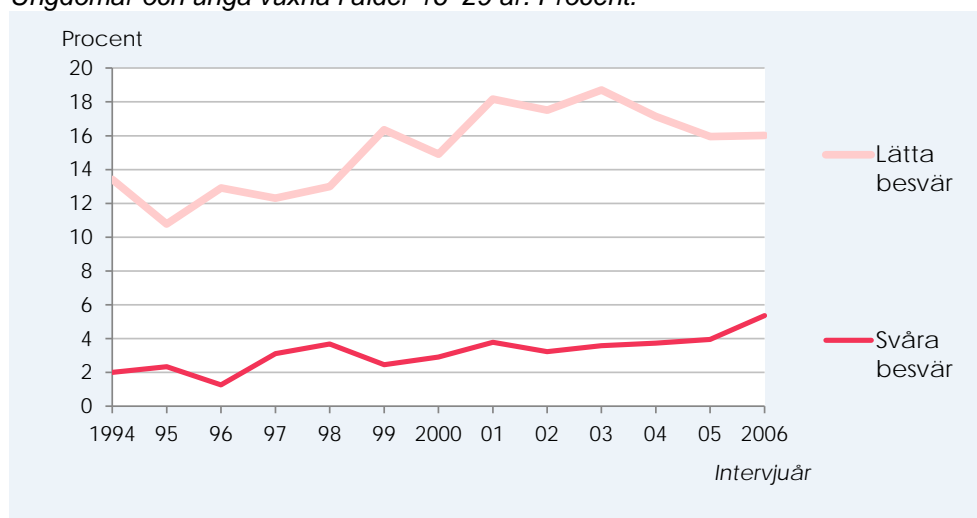
Samtidigt som självrapporteringen av psykiska besvär bland ungdomar har ökat, har det blivit fler ungdomar som vårdas på sjukhus med psykiatriska diagnoser. En förklaring kan vara att den ökade självrapporteringen av psykiska besvär bland ungdomar står i samband med att allt fler också blir psykiskt sjuka med behov av vård. Det kan också vara så att vården har föränd-

rat sitt arbetssätt med psykiskt sjuka unga eller att inrapporteringen till patientregistret har förändrats.

Missbruk, depressioner och ångestsjukdomar har – som det visas i detta kapitel – ökat bland ungdomar. Frågan är hur denna ökning hänger ihop med att allt fler ungdomar under de senaste decennierna rapporterat nedsatt psykiskt välbefinnande. Mellan åren 1994 och 2006 mer än fördubblades andelen unga vuxna i åldern 16–29 år som uppger svår oro, ängslan och ångest³, från 2 procent till drygt 5. Även lättare oro ökade betydligt (figur 6).

Figur 6. Förekomst av självrapporterade besvär av lätt eller svår oro, ängslan eller ångest åren 1994–2006

Ungdomar och unga vuxna i ålder 16–29 år. Procent.



Källa: ULF, Statistiska centralbyrån.

Det finns en tydlig ökning av andelen unga med självrapporterade lätta och svåra besvär men tolkningen av dessa förhållanden är inte given, eftersom det är människors subjektiva upplevelser som rapporteras. Det finns heller inget objektiva mått på nedsatt psykiskt välbefinnande som kan användas för att utvärdera hur allvarliga besvären är. Hur en person mår när han eller hon säger sig ha besvär med oro, ängslan eller ångest vet bara han eller hon. Frågan som ställs kan också tolkas på olika sätt.

Ett sätt att bedöma självrapporterade uppgifter om nedsatt psykiskt välbefinnande är att jämföra hur det går för personer som uppgett ”ängslan, oro eller ångest” med personer som uppgivit att de inte har sådana besvär. Enligt en tidigare svensk studie [6] bland personer i åldrarna 16–74 år har självrapporterade besvär visat sig vara prediktorer⁴ när det gäller risker för död och såväl somatisk som psykisk ohälsa. Risken att avlida under de fem närmaste åren efter intervjutillfället var 2–3 gånger högre bland dem som hade svåra besvär. Bland dem med lätta besvär var risken 1,5 gånger större. Andra studier har visat att självrapporterade känslor av hopplöshet och otillfredsställelse med livet hade samband med senare ökad risk för självmord [7, 8]. De förklaringar som gavs i dessa studier var att bristande tillfredstäl-

³ Svarade på frågan: ”Har du besvär med ängslan, oro eller ångest”? i Statistiska centralbyråns Undersökningar om levnadsförhållanden (ULF).

⁴ Prediktor anses kunna säga något om framtida skeenden, i detta fall att individen löper ökad risk att dö eller insjukna.

lelse med livet kan vara ett tidigt tecken på framtida psykiska problem. Genom att fånga upp dessa problem blir det lättare att identifiera personer med psykisk ohälsa som ännu inte varit i kontakt med hälso- och sjukvården. Även självrapporterade besvär med magont och huvudvärk i tonåren har visats vara starkt kopplade till depression eller andra allvarliga psykiska sjukdomar senare i livet enligt en nyligen publicerad svensk avhandling [9]. Sambanden fanns där oavsett om man haft en depression i tonåren eller inte.

I detta avsnitt redovisas resultat från en ny undersökning där man följde ungdomar som rapporterat olika grad av oro och ångest, med avseende på:

- risker för totaldödlighet, vård för självmordsförsök, skador och olyckor under en femårsperiod efter intervju i Undersökning av levnadsförhållanden (ULF)
- risker för läkemedelsanvändning, det vill säga uttag av förskrivna läkemedel av antidepressiva, antipsykotiska och ångestdämpande läkemedel samt sömnmedel femte året efter intervju i ULF
- utbildning – sannolikheten att vid 29 års ålder ha högst grundskoleutbildning respektive eftergymnasial utbildning
- förekomst av biologiska barn eller adoptivbarn vid 35 års ålder
- ekonomisk situation – om inkomsterna vid 33 års ålder huvudsakligen kommer från förvärvsarbete, från sjukersättning /aktivitetsersättning eller om hushållet får ekonomiskt bistånd.

Faktaruta 3. Studiepopulation: uppföljning av ungdomar som rapporterat tidiga psykiska besvär.

Studiepopulationen bestod av personer som intervjuades i Statistiska centralbyråns (SCB) Undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) åren 1994–2006, sammanlagt 15 235 ungdomar eller unga vuxna som vid intervjutillfället var 16–29 år gamla.* Två personer uteslöts eftersom de avlidit under intervjuåret. För 176 personer saknades uppgift om oro, ångslan eller ångest. I de flesta analyserna studerades undergrupper av intervjupersoner, eftersom det fanns begränsad information om uppföljningstider.

ULF-intervjun gav uppgifter om upplevda besvär av oro, ångslan och ångest samt om kön, ålder, bostadsort och sjukdom vid intervjutillfället.

* I denna studie utökas åldersgruppen till att omfatta unga upp till 29 års ålder. Anledningen är att basen för studien utgörs av uppgifterna från ULF, som är en urvalsundersökning och därför omfattar mycket färre personer jämfört med register.

Andelen som uppger både svårare och lättare oro, ångslan eller ångest var betydligt högre bland kvinnor än bland män (tabell 4). Mellan fyra och fem procent av kvinnorna och mindre än två procent av männen uppgav svårare besvär. Yngre personer rapporterade i lägre grad lättare besvär än äldre medan svårare besvär var ungefär lika vanliga i åldersgrupperna. Det fanns ett tydligt samband mellan storleken på bostadsort och besvär, framför allt när det gäller lätta besvär. Ju större ort, desto högre andel personer med besvär. Bland personer som vid intervjun uppgav att de hade kroniska eller långvariga sjukdomar var det vanligare att känna ångslan och oro. Bland de respondenter som hade psykiska sjukdomar vid intervjutillfället uppgav mer än 40 procent svårare besvär med oro, ångslan och ångest, och 35 procent uppgav lättare besvär. Även personer med somatisk sjukdom rapporterade i

högre utsträckning att de upplevde besvär med oro och ångslan än de som inte var sjuka (tabell 4).

För att göra grupperna jämförbara med varandra justerades analyserna så att hänsyn togs till ålder, kön, tidsperiod samt självrapporterad sjuklighet. Dessa faktorer kan, precis som självrapporterad oro eller ångslan, ha betydelse för det studerade resultatet. Vid vissa analyser justerades resultaten även för faktorer som bostadsort, föräldrarnas utbildningsnivå och liknande.

Tabell 4. Förekomst av självrapporterad svår respektive lätt ångslan, oro och ångest i olika grupper av unga vuxna 1994–2006

Personer som var 16–29 år vid intervju tillfället. Antal och procent.

Vid intervju tillfället	Samtliga	Därav rapporterat:	
		Svår ångslan, oro eller ångest	Lätt ångslan, oro eller ångest
	Antal	%	%
Samtliga	15 235	3,2	15,2
Årtal			
1994–1997	4 729	2,2	12,4
1998–2001	4 887	3,2	15,7
2002–2006	5 619	4,0	17,2
Kön			
Kvinnor	7 515	4,5	19,4
Män	7 720	1,8	11,2
Ålder			
16–19 år	3 954	3,1	12,4
20–24 år	5 293	3,1	16,8
25–29 år	5 988	3,3	15,6
Bostadsort*			
Storstad	5 333	3,5	18,3
Mellanstor ort	5 830	3,0	14,0
Mindre ort	4 072	2,9	12,8
Självrapporterad sjukdom			
Psykiska sjukdomar	377	41,4	35,3
Övriga (somatiska) sjukdomar	3 968	3,9	18,9
Inga sjukdomar	10 890	1,6	13,2
Samtliga	15 235	3,2	15,2

* Bosättningskommuner indelades i H-regioner (H=homogena med avseende på befolkningsunderlaget), som är en gruppering i sju grupper efter lokalt och regionalt befolkningsunderlag, längs skalan storstad-glesbygd. Här slås dessa sju regioner samman till tre: storstäder (H1 – Stockholm/Södertälje A-region och Göteborgs A-region samt H9 – Malmö/Lund/Trelleborgs A-region), större städer (H3 – Större städer) respektive och lands- och glesbygden (H4, H5 och H6). Senaste uppdateringen av H-regioner gjordes 2003.

Källa: ULF, Statistiska centralbyrån.

Dödlighet och vård på sjukhus på grund av psykisk sjukdom, självmordsförsök eller skador

Få dödsfall inträffade i gruppen. Bland de drygt 15 000 ungdomar och unga vuxna som utgjorde studiepopulationen avled 22 personer under de fem efterföljande kalenderåren efter ULF-intervjun. I relativa termer var dock

Faktaruta 4. Analysens uppläggning: dödlighet och ineliggande vård på sjukhus

Studien följde upp dödlighet och inläggning på sjukhus under en tidsperiod av fem kalenderår efter intervjuåret. Det innebär att personer som intervjuades 1994 följdes upp till och med 1999. De som intervjuades 1995 följdes upp till och med 2000 och så vidare. Den sista gruppen intervjuades 2006 och följdes upp till och med 2011. Uppgifter hämtades från dödsorsaksregistret och patientregistret vid Socialstyrelsen.

Diagnoskoder (*International Classification of diseases*)

Psykiska sjukdomar (benämning)	ICD9 290–319, ICD10 F00–F99
Självordsförsök	ICD9 E950–E959, E980–E989, ICD10 X60–X84, Y10–Y34
Övriga skador	ICD9 E800–E929, ICD10 V01–X59

dödligheten speciellt hög bland de som uppgett svåra besvär av oro, ängslan och ångest, med en femfaldigt statistiskt signifikant förhöjd risk i förhållande till de som saknade besvär. De små talen innebär att skattningarna är osäkra (tabell 5). De resultat som redovisas här, liksom de som beskrevs ovan, visar skillnader även efter justeringar för bland annat sjuklighet vid intervjutillfället.

Att vårdas på sjukhus på grund av psykisk sjukdom under uppföljningsperioden var allra vanligast bland ungdomar och unga vuxna med svårare besvär av oro. Bland dessa personer hade cirka 9 procent vårdats på sjukhus och det var nästan fem gånger vanligare än bland dem som saknade besvär. Lättare besvär innebar en drygt fördubblad förekomst av psykisk sjukdom (tabell 5).

Tabell 5. Risk för att dö eller för att vårdas ineliggande på sjukhus på grund av psykisk sjukdom, självmordsförsök eller andra skador, bland personer som tidigare uppgett lätta respektive svåra besvär

Femårsuppföljning bland personer som vid intervjutillfället åren 1994–2006 var 16–29 år gamla och som då rapporterade lätta eller svåra besvär av oro, ängslan eller ångest. Justerad^a relativ risk (RR)

Besvär med ängslan, oro, ångest vid intervjutillfället?	Därav under femårsuppföljning har											
	Dött			Vårdats på sjukhus pga.								
				psykisk sjukdom			själv mordsförsök			övriga skador och olyckor		
	Antal	%	RR	Antal	%	RR	Antal	%	RR	Antal	%	RR
Ja, svåra	3	0,6	5,2 *	44	9,1	4,6 *	13	2,7	4,8 *	25	5,2	1,6 *
Ja, lätta	4	0,2	1,4	68	2,9	2,3 *	23	1,0	2,3 *	60	2,6	0,9
Nej (Referensgrupp)	15	0,1	1	147	1,2	1	46	0,4	1	372	3,0	1

Referensgrupp (RR=1) är personer som inte uppgett ängslan, oro eller ångest.

De relativa riskerna är beräknade med Cox-regression.

^aJusterad för ålder, kön, tidsperiod och självrapporterad sjuklighet.

*Signifikant på 5 %-nivå.

Källa: ULF, SCB; Patientregister och Dödsorsaksregister, Socialstyrelsen

Nästan 3 procent av dem med svårare oro, ängslan eller ångest hade vårdats för självmordsförsök under uppföljningsperioden. Det var fem gånger vanligare än bland dem som saknade besvär. Lättare besvär innebar en drygt fördubblad risk. Svåra besvär innebar även en viss ökad risk för vård på grund

av andra skador, som transportolyckor, fallskador och oavsiktliga förgiftningar, vilket lättare besvär inte gjorde (tabell 5).

Det kan tänkas att risken att hamna på sjukhus på grund av psykisk sjukdom för dem som hade uppgett svåra alternativt lätta besvär varierar beroende på vilken tidsperiod som analyseras. Det visar sig dock att skillnaderna mellan de relativa riskökningarna under tre efterföljande tidsperioder 1994–1997, 1998–2001 och 2002–2006 inte var statistiskt signifikanta, även om den relativa riskökningen förefaller vara störst i början av hela perioden (resultat visas ej i detalj). En viktig slutsats är att graden av besvär verkar vara kopplad till ökad risk för att personen senare ska bli vårdad på sjukhus på grund av psykisk sjukdom, under alla tre studerade tidsperioder.

Upplevelser av svår oro och ängslan i unga år medför alltså starkt förhöjda risker för död, vård på sjukhus, psykisk sjukdom och självmordsförsök.

Användning av psykofarmaka

Faktaruta 5. Analysens uppläggning: användning av psykofarmaka

Användningen av psykofarmaka analyserades under det femte året efter intervjun. Det innebär till exempel att bland dem som intervjuades år 2001 analyserades vilka läkemedel de hämtade ut under år 2006. Analysen omfattade personer som intervjuades åren 2001–2006 (sammanlagt 6 877 personer). Begränsningen gjordes därför att Läkemedelsregistret med uppgifter om de förskrivna och uthämtade läkemedlen på individnivå startade först i juli 2005. Tidigare uppgifter om läkemedeluttag är därför inte användbara.

Läkemedelskoder (Anatomical Therapeutic Classification)

antidepressiva	N06A
antipsykotiska (neuroleptika)	N05A, exklusive litium, N05AN
ångestdämpande (ataraktika)	N05B
sömnmedel	N05C
mot bipolär sjukdom (litium)	N05AN
adhd-läkemedel	N06BA, exklusive modafinil, N06BA07

Ett tecken på att en person inte mår bra är att han eller hon använder psykofarmaka. Under det femte året efter intervjutillfället hämtade personer som rapporterade svåra besvär av oro och ångest ut psykofarmaka på recept i avsevärt högre grad jämfört med dem som saknade besvär (tabell 6).

Antidepressiva medel är den typ av psykofarmaka som används mest – de användes av nästan en fjärdedel av respondenterna med svåra besvär av oro, ängslan eller ångest, och av 10 procent bland dem med lätta besvär. Dessa läkemedel var drygt 2,5 gånger så vanliga bland personer med svåra besvär och närmare dubbelt så vanliga bland dem med lätta, i förhållande till dem som saknade besvär. Antipsykotiska medel användes i mindre utsträckning. Bland respondenter som uppgav svåra besvär av oro, ängslan och ångest var det dock mellan 4 och 5 procent, att jämföra med mindre än 1 procent bland dem med lätta besvär och dem med inga besvär alls. Dessa läkemedel var mer än fem gånger vanligare i gruppen med svåra besvär, och mellan två och tre gånger vanligare i gruppen med lätta besvär, än bland dem som saknade besvär.

Tabell 6. Risken för att använda^a psykofarmaka under det femte året efter intervjutillfället för respondenter som uppgett lätta respektive svåra besvär
 Personer som vid intervjutillfället åren 1994–2006 var 16–29 år gamla och som då rapporterade lätta eller svåra besvär av oro, ångslan eller ångest. Justerad^b relativ risk (RR)

Besvär med ångslan, oro, ångest vid intervjutillfället?	Därav använt följande psykofarmaka under det femte året efter intervjutillfället											
	Antidepressiva			Antipsykotiska			Ångest-dämpande			Sömnmedel		
	Antal	%	RR	Antal	%	RR	Antal	%	RR	Antal	%	RR
Ja, svåra	65	24,3	2,6 *	12	4,5	5,5 *	33	12,3	3,4 *	46	17,2	4,1 *
Ja, lätta	121	10,1	1,8 *	11	0,9	2,5 *	63	5,3	2,2 *	46	3,9	1,5 *
Nej (Referensgrupp)	217	4,0	1	15	0,3	1	102	1,9	1	105	1,9	1

Referensgrupp (RR=1) är personer som *inte* uppgett ångslan, oro eller ångest. De relativa riskerna är beräknade med Cox-regression.

^a Hämtat ut förskrivna läkemedel.

^b Justerad för ålder, kön, tidsperiod och självrapporterad sjuklighet.

*Signifikant på 5 %-nivå.

Källa: ULF, Statistiska centralbyrån; Patientregister, Dödsorsaksregister och Läkemedelsregister, Socialstyrelsen

Medel mot ångest eller oro och mot sömnbesvär användes av 12 respektive 17 procent respondenter med svåra besvär. Bruket av dessa läkemedel var tre till fyra gånger vanligare än bland dem som saknade besvär. Även personer med lätta besvär använde dem i signifikant högre grad.

Användandet av läkemedel vid adhd förekom i betydligt högre utsträckning i gruppen med svåra besvär, jämfört med gruppen utan besvär – 1,2 respektive 0,3 procent. Den relativa riskökningen var dock inte statistiskt signifikant när man tog hänsyn till bakomliggande faktorer inklusive självrapporterad psykisk och fysisk sjuklighet vid intervjutillfället. Att riskökningen inte blev signifikant efter justering förklaras sannolikt av att personer som rapporterade svåra besvär redan hade en psykiatrisk problematik på grund av sin adhd (som debuterar i barndomen). Detta förhållande, snarare än rapporterad oro, hade betydelse för senare uttag av adhd-läkemedel.

När det gäller litium (ett läkemedel vid bipolär störning) användes det i större utsträckning av dem som hade rapporterat psykiska besvär. Den relativa riskökningen var dock inte statistisk signifikant med största sannolikhet därför att antalet personer var för få.

Sammanfattningsvis pekar resultaten på att även risken för användning av psykofarmaka ökade markant för dem som i ungdomen hade upplevt oro, ångest och ångslan.

Utbildning

Utbildning är en av de viktigaste förutsättningarna för ungdomars framtida möjligheter. Ju tidigare utbildningskedjan bryts desto sämre tenderar framtidsutsikterna att bli, och att endast ha grundskola som högsta utbildning i vuxen ålder försvårar möjligheterna att möta arbetsmarknadens krav och att få jobb. [5] En utbildning på eftergymnasial nivå bör däremot underlätta inträdet på arbetsmarknaden.

Faktaruta 6. Högsta uppnådda utbildning

Analyserna av utbildning omfattar personer som var 16–21 år gamla vid ULF-intervjun åren 1994–2003, sammanlagt 2 991 ungdomar. Uppgifter om respondenter och deras föräldrars högsta uppnådda utbildningsnivå hämtades från SCB:s utbildningsregister.

Med högsta uppnådda utbildning menas den utbildningsnivå som respondenterna uppnådde till och med det år då de fyllde 29 år. Med deras föräldrars utbildningsnivå (en bakgrundsvariabel i analysen) avsågs den utbildningsnivå som föräldrarna hade det år då intervjupersonerna fyllde 20 år.

Nedan redovisas analyser av hur besvär av oro, ängslan eller ångest i åldrarna 16–21 är relaterade till utbildningsnivån vid 29 års ålder. Dessa resultat justerades, förutom för ålder, kön, tidsperiod samt självrapporterad sjuklighet, även för bostadsort och föräldrarnas utbildningsnivå.

Tabell 7. Risk att vid 29 års ålder ha högst grundskoleutbildning respektive chans att ha eftergymnasialutbildning bland personer som tidigare uppgett lätta respektive svåra besvär

Personer som vid intervjutillfället åren 1994–2006 var 16–21 år gamla och som då rapporterade lätta eller svåra besvär av oro, ängslan eller ångest. Justerad^b relativ risk (RR).

Besvär med ängslan, oro, ångest vid intervjutillfället?	Utbildningsnivå vid 29 års ålder					
	Högst grundskola			Eftergymnasial		
	Antal	%	RR	Antal	%	RR
Ja, svåra	14	18,2	1,7	30	39,0	0,9
Ja, lätta	42	10,7	1,4 *	214	54,7	1,1
<i>Nej (Referensgrupp)</i>	<i>215</i>	<i>8,5</i>	<i>1</i>	<i>1134</i>	<i>44,9</i>	<i>1</i>

Referensgrupp (RR=1) är personer som *inte* uppgett ängslan, oro eller ångest.

De relativa riskerna är beräknade med Cox-regression.

^bJusterad för ålder, kön, tidsperiod, självrapporterad sjuklighet, bostadsort och föräldrarnas utbildningsnivå.

*Signifikant på 5 %-nivå.

Källa: ULF och LISA, SCB; Dödsorsaksregister, Socialstyrelsen

Respondenter som hade uppgett svåra besvär av ängslan, oro eller ångest hade i större utsträckning (drygt 18 procent) endast grundskola som högsta utbildningsnivå än de med lättare besvär (cirka 11 procent) och de utan besvär (8–9 procent) (tabell 7). I justerade analyser var skillnaderna inte signifikanta för ungdomar med svårare besvär men däremot för dem med lätta. När gruppen med lätta och gruppen med svåra besvär slås ihop och jämförs med de som saknade besvär hade personer med besvär, oberoende av besvärsgraden, cirka 40 procent högre risk att ha grundskola som högsta utbildningsnivå vid 29 års ålder och denna skillnad var signifikant (visas inte i tabell). Det bör påpekas att det också finns en stor mellangrupp – 35–40 procent – som uppnådde gymnasieutbildning som högsta utbildningsnivå. Risker för denna grupp visas inte här.

Däremot verkar inte besvären vara kopplade till att skaffa sig eftergymnasial utbildning vid 29 års ålder. En något lägre procent bland ungdomar med svåra besvär hade uppnått denna utbildningsnivå jämfört med dem som saknade besvär, men skillnaderna var inte statistiskt säkerställda. Procenttalen för ungdomar med lätt oro pekar snarare mot en högre andel som uppnår högre utbildning än bland dem som saknar besvär.

Besvär av oro, ängslan och ångest i unga år verkar i viss mån följas av högre risk att i framtiden ha enbart grundskoleutbildning. Däremot tycks de inte påverka chansen att skaffa sig eftergymnasial utbildning.

Att bli förälder

Faktaruta 7. Analysens uppläggning: föräldraskap – får de studerade personerna barn?

I analyser av föräldraskap användes SCB:s flergenerationsregister för information om individens biologiska barn eller adoptivbarn, och 2102 ungdomar i åldrarna 18–24 år följdes fram till 35 års ålder. De som redan hade barn vid intervjutillfället togs inte med i analysen (259 personer).

Psykiskt sjuka kan ha svårt med relationer då sjukdomen kan göra att man exempelvis inte vill ha kontakter med andra. Därför är det befogat att undersöka om benägenhet att bli förälder påverkas av att man i ungdomen upplever oro, ängslan eller ångest. Det finns också studier som pekar på att sämre hälsa, missbruk och psykiska problem leder till att man aldrig skaffar barn [10, 11].

Tabell 8. Sannolikhet att vid 35 års ålder ha biologiska barn eller adoptivbarn bland personer som tidigare uppgett lätta respektive svåra besvär

Personer som vid intervjutillfället åren 1994–2000 var 18–24 år gamla och som då var barnlösa samt rapporterade lätta eller svåra besvär av oro, ängslan eller ångest. Justerat^a relativ risk (RR).

Besvär med ängslan, oro, ångest vid intervjutillfället?	Därav har fått barn fram till 35 års ålder		
	Antal	%	RR
Ja, svåra	16	44	0,6 *
Ja, lätta	190	67	0,9 *
Nej (Referensgrupp)	1 299	73	1

Referensgrupp (RR=1) är barnlösa personer som *inte* uppgett ängslan, oro eller ångest. De relativa riskerna är beräknade med Cox regression.

^aJusterat för ålder, kön, tidsperiod och självrapporterad sjuklighet

*Signifikant på 5 %-nivå

Källa: ULF, Flergenerationsregistret, SCB; Dödsorsaksregister, Socialstyrelsen

I analysen som redovisas i detta avsnitt följdes unga vuxna i åldrarna 18–24 år, med eller utan besvär, fram till 35 års ålder med avseende på om de har blivit föräldrar till antingen biologiska barn eller adoptivbarn. Bland dem med svåra besvär fanns den lägsta andelen föräldrar, 44 procent, följt av dem med lätta besvär, 67 procent. Den högsta andelen föräldrar fanns bland dem som i sin ungdom saknade besvär, 73 procent (tabell 8). Bland personer som i ungdomen upplevde oro, ängslan eller ångest var sannolikheten att få barn fram till 35 års ålder signifikant lägre jämfört med deras jämnåriga utan besvär.

Ekonomisk situation

Faktaruta 8. Analysens uppläggning: ekonomisk situation

I studien undersöktes den ekonomiska situation som individerna hade det kalenderåret då de fyllde 33 år. Studien omfattade respondenter som var 17–24 år gamla vid intervjutillfället åren 1994–2001. Uppgifter om den ekonomiska situationen vid 33 års ålder hämtades från två av SCB:s register: från Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA) hämtades uppgifter om ekonomiskt bistånd någon gång under uppföljningsåret oavsett summa och från Registerbaserad aktivitetsstatistik (RAKS) hämtades uppgifter om huvudsaklig försörjningskälla.

Den sista frågan som ställdes var om den ekonomiska situationen vid 33 års ålder kunde sättas i samband med att man i sin ungdom (17–24 års ålder) upplevde oro, ängslan eller ångest. I analyserna belystes olika aspekter av den ekonomiska situationen, till exempel om respondenterna hade

- huvudsaklig försörjning från andra källor än förvärvsarbete
- sjuk- eller aktivitetsersättning som huvudsaklig inkomstkälla
- ekonomiskt bistånd i hushållet.

När förvärvsarbete inte är personens huvudsakliga inkomstkälla kan det innebära att inkomsterna i stället består av sjukpenning, arbetslöshetsunderstöd, aktivitetsersättning eller sjukersättning⁵, ekonomiskt bistånd, arbetsmarknadspolitisk åtgärd – eller att uppgifter om inkomster helt saknas. Som förvärvsarbetande räknas här även studerande och de som var hemma för vård av barn.

Tabell 9. Risk att vid 33 års ålder ha den huvudsakliga inkomstkällan från annat än förvärvsarbete alternativt att ha ekonomiskt bistånd^a bland personer som tidigare uppgett lätta respektive svåra besvär

Personer som vid intervjutillfället åren 1994–2001 var 17–24 år gamla och som då rapporterade lätta eller svåra besvär av oro, ängslan eller ångest. Justerad^b relativ risk (RR)

Besvär med ängslan, oro, ångest vid intervjutillfället?	Därav har vid 33 års ålder sin huvudsakliga försörjningskälla från						ekonomiskt bistånd* i hushållet		
	annat än förvärvsarbete			sjuk- eller aktivitetsersättning					
	Antal	%	RR	Antal	%	RR	Antal	%	RR
Ja, svåra	19	32,2	3,5 *	8	13,6	6,2 *	7	11,9	5,2 *
Ja, lätta	42	20,7	1,3	8	2,1	1,2	20	5,3	2,7 *
Nej (Referensgrupp)	190	8,3	1	32	1,4	1	45	1,9	1

Referensgrupp (RR=1) är personer som *inte* uppgett ängslan, oro eller ångest.

De relativa riskerna är beräknade med Cox-regression.

^a någon gång under uppföljningsåret oavsett summa.

^b Justerad för ålder, kön, tidsperiod samt självrapporterad sjuklighet.

*Signifikant på 5 %-nivå.

Källa: ULF, LISA och RAKS, SCB; Dödsorsaksregister, Socialstyrelsen

⁵ Tidigare förtidspension

Det visar sig att nästan en tredjedel bland de som i unga år upplevde svåra besvär vid 33 års ålder hade sin huvudsakliga försörjning från annat än förvärvsarbete. Risken för att det skulle bli så var i denna grupp drygt tre gånger högre än bland personer helt utan besvär.

Risken att ha sjuk- eller aktivitetsersättning som huvudsaklig försörjningsskälla var cirka sex gånger högre bland dem med svåra besvär. Risken att någon gång under året ha ekonomiskt bistånd var cirka fem gånger högre, jämfört med gruppen utan besvär. Bland personer som upplevde lätta besvär var risken att få ekonomiskt bistånd mer än fördubblad (tabell 9). Antalet personer som fick dessa stöd var litet därför är risknivån osäker. Däremot är det statistiskt säkerställt att besvären i unga år avsevärt ökar risken för att i vuxen ålder försörja sig på sjuk- eller aktivitetsersättning eller vara i behov av ekonomiskt bistånd.

Sammantaget kan man konstatera att de som i sin ungdom rapporterar oro, ångslan eller ångest verkar ha högre risk att leva under knappa förhållanden när de blir vuxna.

Diskussion och slutsatser

Resultaten som redovisas i detta kapitel visar att det i hög utsträckning är allvarlig psykisk ohälsa som har ökat bland ungdomar – och inte enbart en benägenhet att rapportera ångslan och oro. Det framkommer att ungdomar som vid 16 till 24 års ålder har vårdats för psykisk sjukdom ofta behöver psykiatrisk vård även på längre sikt eftersom det handlar om ett utdraget sjukdomsförlopp. De använder också mer psykofarmaka och har förhöjd dödlighet jämfört med ungdomar som inte är psykiskt sjuka. Psykisk sjukdom i ungdomen kan också kopplas till lägre utbildningsnivå i vuxen ålder. Detta gäller samtliga studerade sjukdomar, inklusive depressioner och ångestsjukdomar, vilka har ökat kraftigt bland ungdomar.

En annan fråga var om den ökade självrapporterade psykiska ohälsan i form av upplevda besvär som oro, ångest och ångslan kan sättas i samband med att fler ungdomar blir allvarligt psykiskt sjuka i vuxen ålder. Resultaten visar att svaret på en enkel fråga om upplevelse av ångslan, oro och ångest i ungdomen visar huruvida personen löper ökad risk för dödlighet, psykisk sjuklighet och självmordsförsök under en efterföljande femårsperiod. Det är även betydligt vanligare att personer som uppger att de mår dåligt senare använder olika psykofarmaka.

Unga som rapporterar psykiska besvär har en ökad risk för psykisk ohälsa som kan kräva psykiatrisk vård i framtiden. Upplevelse av oro, ångslan och ångest i ungdomen kan också öka risken för att längre fram i livet inte kunna försörja sig på förvärvsarbete, för att bli ekonomisk biståndstagare och även för att inte bli förälder. Även risken för låg utbildningsnivå är i viss mån förhöjd.

Sambandet mellan självrapporterad oro, ångslan eller ångest i ungdomen och senare svårare psykisk ohälsa, problem med försörjning, familjebildning och utbildning kan tolkas på olika sätt. En tolkning kan vara att tidiga psykiska besvär är tidiga symtom på en förestående psykisk sjukdom som senare leder till kontakter med den psykiatriska vården och även påverkar framtida etablering i vuxenlivet. Det finns således all anledning att ta käns-

lor av oro, ångslan och ångest bland ungdomar på största allvar, inte minst eftersom andelen ungdomar med dessa besvär har ökat. Det bör vara en angelägenhet för såväl föräldrar och anhöriga som skolpersonal, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Resultaten i detta kapitel visar att dessa symtom också kan vara tidiga varningstecken på svårare psykisk sjukdom med allvarliga konsekvenser för hälsan och för förmågan att etablera sig i vuxen världen.

Vad som står bakom den ökade psykiska ohälsan bland ungdomar är oklart. Eftersom hela ungdomsgruppen verkar drabbas måste det rimligen ha skett olika förändringar i miljöer där de flesta inom gruppen vistas. Exempel som lyfts som förklaringar är ökade utbildningskrav och en ökad individualisering av samhället. Det är dock oklart om sådana samhällsförändringar ensamma kan förklara en ökad psykisk ohälsa bland unga. En bidragande faktor är sannolikt att fler ungdomar än i början på 1990-talet varken arbetar eller studerar [5]. Det verkar finnas ett samband mellan att ha ett arbete eller utbildning och god psykisk hälsa. Följden av den nu ökade psykiska ohälsan inom ungdomsgruppen kan bli att dagens höga arbetslöshet bland ungdomar riskerar att växa eftersom psykisk sjukdom gör det svårare att ta sig in på arbetsmarknaden.

Samtidigt kan det finnas andra förklaringar till en ökad psykisk ohälsa bland ungdomar. Det kan röra sig om individuella faktorer som är relaterade till uppväxtåren och den psykiska utvecklingen. Sådana faktorer kan ligga till grund för vilken motståndskraft individen får mot att drabbas av psykisk ohälsa vid olika påfrestningar, som till exempel arbetslöshet. Det är ännu oklart vilka dessa individuella faktorer kan vara. Det är dock angeläget att fortsätta följa utvecklingen och göra fortsatta försök att hitta förklaringar till den ökade psykiska ohälsan.

Kort summering

Den ökning av psykisk ohälsa som har skett under 1990- och 2000-talet bland barn och ungdomar är ett växande folkhälsoproblem. Psykisk sjukdom i ungdomen leder i många fall till ett utdraget sjukdomsförlopp med negativa konsekvenser i samband med att de unga ska etablera sig i vuxen världen. Även självrapporterade psykiska besvär ser ut att vara tidiga varningstecken på ökad psykisk ohälsa på sikt. Detta talar för att det inte enbart rör sig om en ökad benägenhet bland dagens ungdomar, jämfört med tidigare generationer, att rapportera allmänna och lindriga psykiska symtom som alltid funnits. Ökningen av psykisk ohälsa har fört med sig att fler ungdomar är allvarligt sjuka och har klart försämrade möjligheter att etablera sig i samhället. Det är angeläget att en ökad psykisk ohälsa bland barn och ungdomar uppmärksammas inom skola, vård och omsorg, samtidigt som man fortsätter att följa utvecklingen.

Referenser

1. Socialstyrelsen. *Mot ett system för verksamhetsuppföljning av psykiatriområdet*. Stockholm: 2011. Delrapport 2011.
2. Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: 2009.
3. Socialstyrelsen. *Kunskapsguiden – För dig som arbetar med hälsa, vård och omsorg*. [Internetsida]; [2013-02-10]; Start>Psykisk ohälsa>Hälsoproblem:[Tillgänglig från: <http://www.kunskapsguiden.se/Psykiatri/halsoproblem/Sidor/default.aspx>.
4. Stockholms läns landsting. *Vårdguiden*. [Internetsida]; [2012-02-10]; Start>Sjukdomar och råd>Psykisk hälsa>Sjukdomar och besvär:[Tillgänglig från: <http://www.varldguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/?category=Psykisk%20h%25c3%25a4lsa>.
5. Bäckman O. Anknnytning till arbetsmarknaden och ungas etablering. I: *Social rapport 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. s. 54–87.
6. Ringbäck Weitoft G, Rosén M. Is perceived nervousness and anxiety a predictor of premature mortality and severe morbidity? A longitudinal follow up of the Swedish survey of living conditions. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005-09-01;59(9):794–8.
7. Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Viinamaki H, Heikkila K, Kaprio J, Koskenvuo M. Life satisfaction and suicide: A 20-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*. 2001 Mar;158(3):433–9.
8. Kuo W-H, Gallo J, Eaton W. Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004-06-01;39(6):497–501.
9. Bohman H. *Adolescents with depression followed-up: Prognostic significance of somatic symptoms and their need of in-patient care*. [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet, Institutionen för neurovetenskap, Barn- och ungdomspsykiatri; 2012.
10. Socialstyrelsen. Kapitel 9. Sociala skillnader, utsatthet och ohälsa. I: *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: 2001. s. 324–51.
11. Ringbäck Weitoft G, Burström B, Rosén M. Premature mortality among lone fathers and childless men. *Social Science & Medicine*. 2004;59:1449–59.

Bilaga 1. Vanliga psykiska sjukdomar och diagnoskoder

Vanliga psykiska sjukdomar

Schizofreni

Schizofreni drabbar vanligen personer mellan 18 och 35 år. Sjukdomen är till en viss del ärftlig. Symtom vid schizofreni är hallucinationer och vanföreställningar. Sjukdomen kan innebära att personen får en nedsatt förmåga att tänka och bearbeta information från omvärlden.

Bipolär sjukdom och mani

Bipolär sjukdom är en psykisk störning med periodiskt förlopp där både perioder av förhöjd sinnesstämning och perioder av sänkt sinnesstämning förekommer. Man brukar insjukna första gången när man är mellan 15 och 30 år, ofta i tonåren.

Depression

Depression kännetecknas av en eller flera episoder med sjukligt sänkt stämningsläge av varierande djup och varaktighet. Det innebär förlust av glädje och initiativförmåga och undvikande av aktivitet. Depression är en av de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar.

Ångestsjukdomar

Ångest är en naturlig reaktion som kan uppstå vid rädsla eller oro för något otäckt eller obehagligt. Hjärtat börjar slå fortare och musklerna blir spända. Man kan känna sig ängslig och orolig, svettas, må illa och få svårt att andas. Ibland kan ångesten vara så stark att den tar över den enskildes dagliga liv och inte går över. Då kan det vara tal om sjuklig ångest där personen får det svårt att fungera i skolan eller på arbetet. Ångestsyndrom är ett samlingsnamn på flera ångestsjukdomar. Exempel på ångestsjukdomar är panikångest, tvångssyndrom och social fobi.

Missbruk

Vid missbruk använder man exempelvis alkohol eller droger på ett sätt som skadar hälsan. Vid beroende har man behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt. Man får också abstinensbesvär som ångest och olika kroppsliga reaktioner som frossa när man upphör att använda substansen.

Personlighetsstörningar

Personlighetsstörningar karakteriseras av ett varaktigt och oföränderligt mönster av beteenden och upplevelser som avviker från vad som förväntas i

personens sociala sammanhang. Störningarna ger ofta, men inte alltid, subjektivt lidande och försämrad funktion i sociala och yrkesmässiga sammanhang. Bland de vanligast förekommande störningarna är emotionellt instabil personlighetsstörning, tidigare borderline-personlighetsstörning. Den kan till exempel uppträda hos unga kvinnor med självskadebeteende.

Vårdade vid psykiatrisk klinik utan diagnos

Personer som har lagts in på en psykiatrisk avdelning utan att få en psykiatrisk diagnos vid vårdtillfället.

För närmare beskrivning av dessa sjukdomar se till exempel Kunskapsguiden [3] eller Vårdguiden [4].

Diagnoskoder (International Classification of Diseases)

Schizofreni	ICD9: 2950-2959, 2970-2973, 2978-2979, 2982-2984, 2988-2989 ICD10: F20-F29
Bipolär störning och mani	ICD9: 2960, 2962-2964, 2966, 2981 ICD10: F30-F31.9
Depression	ICD9: 2961, 2965, 2968-2969, 2980, 3090-3094, 311, 7846, ICD10: F32-F39
Ångestsjukdomar	ICD9: 3000-3009, 3011, 3060-3062, 3064-3065, 3067-3069, 3078-3084, 3089, 3098-3099, V409 ICD10: F40-F48
Missbruk	ICD9: 2910-2915, 2918-2922, 2928-2929, 2940, 303, 3040-3041, 3043-3057, 3059 ICD10: F10-F19
Personlighetsstörningar	ICD9: 3010, 3012-3019, 301J ICD10: F60-F69

Vårdade vid psykiatrisk klinik utan diagnos

Klinikkod som börjar på 9.

Självmodsförsök inkl. oklara fall ICD9: 950-958, 980-989 (E-kod)

ICD10: X60-X84, Y10-Y34 (E-kod)

Samtliga diagnoskoder avser huvuddiagnos utom självskadebeteende (självmodsförsök) som avser E-kod.

Bilaga 2. Metodbilaga

Tidigt insjuknande i psykisk sjukdom och dess konsekvenser: analysmetod

Studiepopulationen utgjordes av personer födda åren 1971–1987 som var folkbokförda i Sverige enligt Statistiska centralbyråns Registret över totalbefolkningen (RTB). Studien är indelad i två delstudier, där den första delstudien undersöker hur stor andel i olika födelsekohorter som varit inlagda på sjukhus på grund av psykisk sjukdom när de var mellan 16 och 24 år och i vilken omfattning de återinläggs, det vill säga återigen blir inlagda på sjukhus på grund av psykisk sjukdom inom fem år från första vårdtillfället.

I den andra delstudien undersöks omfattningen av psykiatrisk slut- och öppenvård samt läkemedelsbehandling mellan 25 och 29 års ålder bland dem som hade varit inlagda på sjukhus mellan 16 och 24 års ålder i jämförelse med övriga befolkningen, det vill säga jämnåriga som inte varit inlagda på sjukhus på grund av psykisk sjukdom mellan 16 och 24 års ålder. De olika gruppernas utbildningsnivå vid 29 års ålder jämförs också. I den andra delstudien ingår bara personer födda 1971–1982 (som uppnått minst 29 års ålder vid uppföljningsperiodens slut år 2011) som fanns i RTB vid 24 års ålder (året innan uppföljningsperioden inleds). I jämförelsen av utbildningsnivåer vid 29 års ålder (figur 7) ingår bara de som fanns i RTB vid 29 års ålder.

I den första delstudien ingick drygt 1,7 miljoner personer, och i den andra delstudien ingick drygt 1,3 miljoner personer. Uppgifterna baseras på data från Socialstyrelsens patientregister (slutenvård åren 1987–2011 och öppenvård 2006–2011), dödsorsaksregister (1987–2011), läkemedelsregister (2006–2011) och Statistiska centralbyråns utbildningsregister (1990–2011). Olika personer följs under samma åldrar men olika kalenderår beroende på när de är födda.

Andelarna i den första delstudien har beräknats med så kallad överlevnadsanalys (SAS/STAT PROC LIFETEST) med hänsyn till persontid. Personerna har censurerats när de avlider eller utgår ur RTB av annan anledning (vanligtvis utvandring). Uppföljningsperioden för andelen som vårdats på sjukhus i olika födelsekohorter sträcker sig från 16 till 24 års ålder. När det gäller återinläggning inom fem år så startar uppföljningstiden sex månader efter det första vårdtillfället för respektive diagnos och slutar fem år efter det första vårdtillfället. Uppföljningstiden blir därmed 4,5 år.

Varje diagnos studeras separat vilket innebär att en person som varit inlagd två gånger (under hela uppföljningsperioden) på sjukhus för psykisk sjukdom (inkl. missbruk), exempelvis missbruk vid 17 års ålder och depression vid 19 års ålder, ingår i andelsberäkningarna för båda dessa diagnosgrupper. Andelarna för olika psykiska sjukdomar (figur 5:5) går därmed inte att summera för att få den sammantagna andelen unga som någon gång varit

inlagda på sjukhus för psykisk sjukdom. Den andelen framgår istället av figur 5:4, där varje person bara inkluderas vid första vårdtillfället oavsett diagnos. Återinläggning har beräknats för olika diagnosgrupper, men vårdtillfället som anger återinläggning har inte begränsas till den studerade diagnosen utan innefattar samtliga studerade diagnosgrupper (inkl. död i självmord). I exemplet ovan kommer personen räknas som återinlagd efter missbruksvården (vid 17 års ålder) eftersom han/hon vårdades för depression två år efter att han/hon vårdats för missbruk (vid 19 års ålder). Däremot kommer personen inte att räknas som återinlagd efter depressionen eftersom det inte finns något ytterligare vårdtillfälle efter 19 års ålder.

Bilaga 3. Datakällor

- **Dödsorsaksregistret** omfattar samtliga i Sverige folkbokförda avlidna sedan 1961, oavsett om dödsfallet inträffade inom eller utanför landet. Registret innehåller individrelaterade uppgifter om bl.a. underliggande och bidragande dödsorsaker, dödsdatum, kön, ålder och hemort. Socialstyrelsen.
- **Flergenerationsregistret** innehåller kopplingar mellan barn och föräldrar (biologiska och adoptivföräldrar) och bygger på uppgifter från Riksskatteverkets folkbokföringsregister. Det ersätter Andragenerationsregistret som funnits hos SCB sedan 1994. Den första versionen av Flergenerationsregistret skapades i mars 2000 och en ny version av registret skapas varje år. Populationen är personer (indexpersoner) folkbokförda någon gång sedan 1961, födda 1932 eller senare samt dessa personers föräldrar (biologiska och/eller adoptiva). I registret finns cirka 9 miljoner indexpersoner och 11 miljoner unika individer (indexpersoner + föräldrar). Antalet adoptivbarn är omkring 150 000. Statistiska centralbyrån.
- **Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings och arbetsmarknadsstudier (LISA)** är en utvidgning av den tidigare longitudinella databasen LOUISE med uppgifter från Försäkringskassan. LISA är en databas vilken integrerar befintliga data från ett antal register som täcker utbildnings-, arbetsmarknads- och den sociala sektorn, med startåret 1990. Den uppdateras årligen och omfattar numera alla individer 16 år och äldre som var folkbokförda 31 december respektive år. Databasens primära objekt är individ, men har även data om taxeringshushållet samt kopplingar till företag och arbetsställe. Statistiska centralbyrån.
- **Läkemedelsregistret** är ett rikstäckande register som innehåller data om varje individuellt uttag av läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som expedierats på apotek mot recept eller motsvarande. Registret innehåller uppgifter rörande dels läkemedel (identitet, mängd och pris, och datum för expedition samt dosering mm), dels den individ som läkemedlet har förskrivits till (kön, ålder, folkbokföringsort och personnummer). Dessutom finns det uppgifter om förskrivarens yrke (läkare, tandläkare, etc.) och specialistutbildning, liksom vissa egenskaper för förskrivarens arbetsplats som ägarform, vårdform och verksamhetsinriktning. Det finns även information om kostnader; totalkostnad, kostnad för läkemedelsförmånerna och patientens egenavgift. Läkemedelsregistret uppdateras varje månad, och uppgifterna finns tillgängliga med mindre än två veckors eftersläpning. Registret inrättades 1 juli 2005. Socialstyrelsen.
- **Patientregistret** är ett rikstäckande register från alla avslutade vårdtillfällen sedan 1987 i slutenvård vid offentligt drivna sjukhus. Även insamling av öppenvårdsdata (till att börja med om s.k. dagkirurgisk verksamhet) har påbörjats i och med verksamhetsåret 1997. Registret innehåller uppgifter främst om diagnoser, operationer, yttre orsaker till skador,

kön, ålder, hemort, sjukhus, specialitet samt in- och utskrivnings sätt. Socialstyrelsen.

- **Registerbaserad aktivitetsstatistik RAKS** är en sammanställning och vidareutveckling av variabler som redan finns i Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik RAMS och LISA-databasen där målsättningen är att beskriva en individs totala försörjning (de största inkomstblocken) och anknytning till arbetsmarknaden med helåret som referensperiod. RAKS är ett rikstäckande register som omfattar hela året och alla aktiviteter som registerstatistik kan belysa. För varje individ definieras variabler motsvarande sju aktiviteter, nämligen *förvärvsarbete*, *utbildning*, *vård*, *sjukdom*, *arbetslöshet*, *pensionärsaktivitet* och *annan aktivitet*. Aktiviteter definieras via inkomstkälla. För varje aktivitet definieras två variabler, varav den första mäter aktiviteten under året i dagar och den andra mäter aktiviteten under året i kronor. Dessutom definieras för varje individ variabeln *anknytning till förvärvsarbete* med sju värden motsvarande sju huvudgrupper på arbetsmarknaden. Dessa huvudgrupper kombinerar två indelningar. Den ena skiljer mellan *anställda*, *kombinatörer* (personer som varit både företagare och anställda under året), *företagare* och *personer utan arbete* (varken som anställd eller företagare). Dessutom delas gruppen anställda upp i *helårsanställda*, *nyanställda*, *avgångna*, och *delårsanställda*. Variablerna som beskriver anknytning till arbetsmarknaden finns från och med 2003 medan variablerna beskrivande försörjning finns från och med 1997. Statistiska centralbyrån.
- **Registret över totalbefolkningen (RTB)** är ett utdrag ur de folkbokföringsregister och omfattar uppgifter om personnummer, namn, adress, folkbokföringsförhållanden civilstånd, medborgarskap, födelseland mm. Registret finns sedan 1968 vid Statistiska centralbyrån.
- **Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC)** är en intervjuundersökning med ett årligt riksrepresentativt urval på 6 000–8 000 personer. ULF innehåller data om centrala välfärdskomponenter som bl.a. hälsa, ekonomi, sysselsättning, arbetsmiljö, utbildning, fritid, trygghet och säkerhet, m.m. Undersökningen har genomförts sedan år 1975. Från och med år 2002 består urvalet av personer i åldrarna 16 år och uppåt, dessförinnan fanns en övre åldersgräns på 84 år (med undantag för åren 1988–1989). Bortfallet har varierat mellan 20 och 27 procent åren 1990–2008. ULF genomgick åren 2006–2008 en rad förändringar. De bestod dels av ett byte av datainsamlingsmetod, dels av en integrering med motsvarande EU-undersökning av levnadsförhållanden, EU-SILC (*EU Statistics on Income and Living Conditions*). Fram till och med år 2005 genomfördes ULF i huvudsak som besöksintervju. År 2006 gjordes halva urvalet med datorstödda telefonintervjuer och från och med år 2007 är detta den huvudsakliga insamlingsmetoden. Statistiska centralbyrån.
- **Utbildningsregistret (UREG)** innehåller uppgifter om befolkningens utbildningsnivå och utbildningsinriktning. Registrets population avser alla i Sverige folkbokförda personer i åldern 16-74 år. Uppgifter om i Sverige genomgångna utbildningar rapporteras kontinuerligt till SCB från landets skolor och utbildningsanordnare. Uppgifter om utbildning utanför Sverige kommer i första hand från Folk och Bostadsräkning 1990

samt (fr.o.m. 1999) årliga enkätundersökningar riktade till nyinvandrade utrikes födda som saknar uppgift om utbildning i Utbildningsregistret. Utbildningsregister innehåller uppgifter om individernas högsta utbildning som kompletteras med vissa andra uppgifter från SCB:s register över totalbefolkningen (RTB), såsom t.ex. uppgifter om boendekommun och födelseland. Registret var färdigställt i början av 1988 och det uppdateras årligen. Statistiska centralbyrån.