



Folkhälsomyndigheten

# Ojämligheter i psykisk hälsa

Kunskapssammanställning





# Ojämligheter i psykisk hälsa

Kunskapssammanställning

## **Bindningar och jäv**

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklARATION av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

---

Denna titel kan laddas ner från: [www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material](http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material)

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2019.  
Artikelnummer: 18122

# Förord

Det nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Det bidrar Folkhälsomyndigheten till bland annat genom att följa hälsoläget i olika befolkningsgrupper och genom att sammanställa forskning om de faktorer som påverkar hälsa och ojämlikhet i hälsa. Kunskapen om hur psykisk hälsa är fördelad mellan olika grupper i samhället är dock fortfarande begränsad. Därför fick myndigheten år 2016 ett uppdrag av regeringen att sammanställa kunskap om ojämlikheter i psykisk hälsa – ett uppdrag som även faller inom ramen för den nationella strategin för psykisk hälsa. Kunskapsammanställningen ska belysa aktuell forskning (litteraturöversikter) och annan kunskap (empirisk beskrivning och analys) om skillnader i psykisk hälsa som kan kopplas till exempelvis kön, könsidentitet eller könsuttryck, socioekonomi, funktionsnedsättning, sexuell läggning och utländsk bakgrund eller tillhörighet till en nationell minoritet. Fokus ska vara den psykiska hälsans bestämningsfaktorer och hur dessa påverkar ojämlikhet i psykisk hälsa. I denna rapport sammanfattas fynden från de delstudier (sex litteraturöversikter och 12 dataanalyser av svenska data) som ingått i uppdraget och slutsatser dras av det sammanställda materialet.

Rapporten i sin helhet är omfattande och bitvis av teknisk natur, och lämpar sig för dem som är intresserade av vad den vetenskapliga litteraturen säger om ojämlikhet i psykisk hälsa och hur det rent empiriskt ser ut i Sverige. I regeringsuppdraget ingår även att Folkhälsomyndigheten ska, med utgångspunkt i kunskapsammanställningen, sprida kunskap om faktorer som är viktiga att ta hänsyn till i arbetet med att främja god psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa, med ett särskilt fokus på jämlik hälsa. Resultaten kommer därför även att presenteras i kortfattade och förenklade format för de som snabbt vill tillgodogöra sig de viktigaste resultaten och slutsatserna. Se exempelvis kortversionen av rapporten som heter: Ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på? Folkhälsomyndigheten, 2019. Förhoppningen är även att den sammanställda kunskapen kan utgöra underlag för bedöma behov av fortsatt forskning och för att utforma ändamålsenliga insatser på lokal, regional och nationell nivå. Ansvariga för projektet vid Folkhälsomyndigheten har varit Sara Fritzell och Nadja Trygg vid enheten för Psykisk hälsa och uppväxtvillkor. Hillevi Busch och Sven Bremberg vid samma enhet har bidragit med expertis.

Folkhälsomyndigheten

*Johan Carlson*  
Generaldirektör



# Innehåll

Sammanfattning.....	13
Summary.....	15
Inequalities in mental health. An overview of the current state of knowledge.....	15
Ordlista .....	17
Inledning .....	20
Begrepp och teoretiska utgångspunkter .....	21
Psykisk hälsa.....	21
Vad är psykisk hälsa?.....	21
Psykisk ohälsa .....	21
Bestämningsfaktorer för psykisk hälsa .....	23
Mekanismer bakom hälsoskillnader.....	24
Ojämlighet i hälsa och psykisk hälsa .....	25
Bestämningsfaktorer för ojämlikhet i psykisk hälsa .....	25
Förekomst och utveckling av psykisk hälsa i Sverige .....	26
Utvecklingen av psykiatriska diagnoser inom vården .....	28
Syfte .....	31
Avgränsningar .....	31
Metod.....	32
Datakällor .....	32
Uppdragets genomförande .....	32
Resultatredovisningens disposition .....	34
Del 1. Skillnader i förekomst av psykisk hälsa i Sverige .....	35
Barns och ungas psykiska hälsa .....	35
Finns det skillnader i små barns psykiska hälsa? .....	35
Psykisk hälsa bland 11-, 13- och 15-åringar .....	36
Finns det skillnader i positiv psykisk hälsa bland skolungdomar? .....	38
Psykiatriska diagnoser bland barn 7–17 år .....	41
Skillnader i unga vuxnas psykiska hälsa .....	44
Hur skiljer sig livsvillkor och levnadsvanor mellan unga vuxna med nedsatt psykiskt välbefinnande och den unga vuxna befolkningen som helhet? .....	48

Finns det samband mellan utsatthet i barndomen och psykisk sjukdom i vuxen ålder? .....	50
Vuxnas psykiska hälsa.....	51
Hälsa, livsvillkor och levnadsvanor – fördelning i befolkningen jämfört med de som har psykisk ohälsa .....	54
Dödlighet bland personer som slutenvårdats för psykos och depression.....	58
Inkomstrelaterad ojämlikhet i psykisk ohälsa.....	60
Kombinerade sociala positioner och ojämlikhet i psykiska ohälsa.....	64
Sexuell orientering och könsidentitet .....	69
Familjetyp och föräldrars psykiska hälsa – betydelsen av hur barnen bor .....	70
Äldres psykiska hälsa .....	72
Fördelning av självskattad psykisk hälsa och psykiatriska diagnoser .....	73
Vilka faktorer har betydelse för depression eller depressiva symtom i den äldre befolkningen? .....	75
Skillnader i depressiva symtom i den äldre befolkningen i Sverige samt utveckling över tid.....	76
Hälsa, livsvillkor och levnadsvanor bland äldre med nedsatt psykiskt välbefinnande..	78
Del 2. Vad förklarar ojämlikheterna i psykisk hälsa? .....	80
Faktorer bakom inkomstrelaterade ojämlikheter i psykisk ohälsa .....	80
Faktorer bakom förändring över tid av inkomstrelaterad ojämlikhet i psykisk ohälsa och suicid .....	83
Faktorer bakom komplexa ojämlikheter i psykisk ohälsa .....	84
Fördelning av materiella och psykosociala faktorer .....	85
Hur kan negativa konsekvenser av psykisk ohälsa påverka sociala ojämlikheter? .....	92
Hur kan strukturella faktorer påverka ojämlikheter i psykisk hälsa? .....	94
Summering av fynden .....	96
Bestämningsfaktorer för ojämlikhet i psykisk hälsa .....	98
Avslutande diskussion .....	100
För att minska ojämlikhet i psykisk hälsa måste fokus ligga på barnen .....	100
Samband mellan socioekonomiska faktorer och psykisk ohälsa .....	101
Diskriminerande grunder av betydelse för psykisk ohälsa i vissa grupper .....	103
Hur motverka ojämlikhet i psykisk hälsa?.....	103



Metodologiska överväganden.....	104
Vilken kunskap är bristfällig? .....	105
Rapportens fynd i relation till de nya målområdena för folkhälsopolitiken.....	106
Slutsatser .....	109
Referenser .....	111
Bilagor.....	115
Bilaga1 .....	115
Bilaga 2 (tabellbilaga) .....	122

### Tabell och figurförteckning

Tabell 1. Fördelning av psykisk hälsa och ohälsa för 11-, 13- och 15-åringar, antal och andelar i procent. Fördelat enligt kön, socioekonomisk status och födelseland, 2013–2014 och 2017–2018.....	37
Tabell 2. Jämförelse mellan olika grupper av unga avseende olika riskfaktorer och hälsa, 13- och 15-åringar, 2013–14 och 2017–18. ....	38
Tabell 3. Självrapporterad psykisk hälsa och ohälsa bland unga kvinnor och män*, %, 16–24 år, 2015 och 2016.....	44
Tabell 4. Somatisk hälsa i befolkningen jämfört med de med nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ5), kvinnor och män 16–24 år, 2016. ....	49
Tabell 5. Risk för psykisk sjukdom efter 30 års ålder, uppdelad efter antal indikatorer på utsatthet i barndomen och kön. Relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall (KI). ....	50
Tabell 6. Förekomst (%) av självrapporterad psykisk hälsa och ohälsa i Sverige, 25–64 år, enligt kön, utbildning och födelseland, ålderstandardiserade siffror, 2016. ....	52
Tabell 7. Hälsoindikatorer i befolkningen jämfört med dem med nedsatt psykiskt välbefinnande eller med sjukskrivning för psykiatrisk diagnos, %, kvinnor och män 25–64 år, 2016.....	57
Tabell 8. Oddskvoter (OR) med 95 % konfidensintervall (KI) för nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12) justerat för möjliga mediatorer, kvinnor 25–64 år, 2013–2015.....	58
Tabell 9. Regressionskoefficienter från modeller (linear probability models; LPM) som undersöker samband mellan mödrars och fäders familjetyp och psykiska besvär (ängslan/oro/ångest), kontrollerat för bakgrundsfaktorer, socioekonomiska faktorer och sociala faktorer, 2008–2015.....	71
Tabell 10. Förekomst av självrapporterad psykisk hälsa i Sverige enligt utbildning och födelseland, kvinnor och män 65–84 år, 2016. ....	72
Tabell 11. Samband mellan kön, socioekonomiska förhållanden och depressiva symtom bland äldre (75 år och äldre) personer 2014. ....	76
Tabell 12. Hälsoutfall (%) i befolkningen jämfört med dem med nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ5) eller med sjukskrivning för psykiatrisk diagnos, kvinnor och män 65–84 år, 2016.....	78
Tabell 13. Översikt av bestämningsfaktorer för inkomstrelaterade ojämlikheter i psykisk ohälsa (olika utfallsmått). ....	81

Tabell 14. Förändring av inkomstrelaterad ojämlikhet i självrapporterad ångest, psykiatriska diagnoser och suicid över tid (koncentrationsindex KI) och hur förändrad fördelning av och samband mellan sociodemografiska och socioekonomiska faktorer i befolkningen har påverkat den inkomstrelaterade ojämlikheten. ....	83
Tabell 15. Relativ förekomst (%) av materiella faktorer uppdelat på inkomst resp. inkomst i kombination med kön, utbildning, yrke, födelseland och sexuell orientering. 2010–2015. ....	85
Tabell 16. Relativ förekomst (%) av materiella faktorer uppdelat på kön resp. kön i kombination med inkomst, utbildning, yrke, födelseland och sexuell orientering, 2010–2015. ....	86
Tabell 17. Relativ förekomst (%) av psykosociala faktorer uppdelat på inkomst resp. inkomst i kombination med kön, utbildning, yrke, födelseland och sexuell orientering, 2010–2015. ....	87
Tabell 18. Relativ förekomst (%) av psykosociala faktorer uppdelat på kön resp. kön i kombination med inkomst, utbildning, yrke, födelseland och sexuell orientering, 2010–2015. ....	88
Figur 1. Begreppen psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd överlappar .....	21
Figur 2 Sociala bestämningsfaktorer och indikatorer för psykisk ohälsa i relation till de sociala hållbarhetsmålen. ....	24
Figur 3 Fördelning av DALY per 100 000 invånare för psykisk ohälsa bland män respektive kvinnor i olika åldrar, Global Burden of Disease (GBD)-data, Sverige 2016. ....	27
Figur 4. Diagnoser i öppenvård för kvinnor 25–64 år 2006–2016. Antal patienter per 100 000 invånare (kvinnor). ....	28
Figur 5. Diagnoser i slutenvård för kvinnor 25–64 år 2006–2016. Antal patienter per 100 000 invånare (kvinnor). ....	29
Figur 6. Diagnoser i öppenvård för män 25–64 år 2006–2016. Antal patienter per 100 000 invånare (män). ....	29
Figur 7. Diagnoser i slutenvård för män 25–64 år 2006–2016. Antal patienter per 100 000 invånare (män). ....	30
Figur 8. Fördelning av psykisk hälsa (MHC-SF) utifrån socioekonomisk status (SES), 7 grupper. ....	39
Figur 9. Fördelning av psykisk hälsa (MHC-SF) utifrån undersökningsår, kön och födelseland och sexuell läggning. ....	40
Figur 10. Fördelning av psykisk hälsa (MHC-SF) utifrån olika former av funktionsnedsättning. ....	40
Figur 11. Antal flickor och pojkar 7–17 år som har fått en psykiatrisk diagnos (enligt ICD-10) i psykiatrisk öppen- eller slutenvård 2013–2017. Antal per 100 000 flickor/pojkar. ....	41
Figur 12. Förekomst av de sex mest förekommande psykiatriska diagnoserna (enligt ICD-10) i psykiatrisk öppen- och slutenvård 2017, flickor 7–17 år. Antal per 100 000 flickor. ....	42
Figur 13. Förekomst av de sex mest förekommande psykiatriska diagnoserna (enligt ICD-10) i psykiatrisk öppen- och slutenvård 2017, pojkar 7–17 år. Antal per 100 000 pojkar. ....	42
Figur 14. Utveckling av de diagnoser (enligt ICD-10) i psykiatrisk öppen- och slutenvård som ökat mest bland flickor 7–17 år, 2013–2017. Antal per 100 000 flickor. ....	43
Figur 15. Utveckling av de diagnoser (enligt ICD-10) i psykiatrisk öppen- och slutenvård som ökat mest bland pojkar 7–17 år, 2013–2017. Antal per 100 000 pojkar. ....	43

Figur 16. Antal kvinnor och män 16–24 år som har fått någon diagnos för psykisk sjukdom (enligt ICD-10), utifrån födelseland, 2014. Antal per 1 000 kvinnor/män. ....	45
Figur 17. Antal kvinnor och män 18–24 år som har fått psykiatrisk öppen- eller slutenvård 2013–2017. Antal per 100 000 kvinnor/män. ....	45
Figur 18. Förekomst av psykiatriska diagnoser (enligt ICD-10), kvinnor 18–24 år i psykiatrisk öppen- och slutenvård 2017. Antal per 100 000 kvinnor. Observera att förekomsten av schizofreni är lägre än de övriga sjukdomarna och framkommer därför inte i diagrammet. ....	46
Figur 19. Förekomst av psykiatriska diagnoser (enligt ICD-10), män 18–24 år i psykiatrisk öppen- och slutenvård 2017. Antal per 100 000 män. Observera att förekomsten av schizofreni är lägre än de övriga sjukdomarna och framkommer därför inte i diagrammet. ....	47
Figur 20. Utveckling av de diagnoser (enligt ICD-10) i psykiatrisk öppen- och slutenvård som ökat mest bland kvinnor och män 18–24 år, 2013–2017. Antal per 100 000 kvinnor/män. ....	48
Figur 21. Ekonomisk kris, emotionellt stöd och praktiskt stöd i befolkningen jämfört med de med nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ5), kvinnor och män 16–24 år, 2015 och 2016. ....	49
Figur 22. Förekomst av någon psykisk sjukdom (enligt ICD-10), kvinnor och män 25–44 år och 45–64 år utifrån utbildningsnivå, 2014. ....	53
Figur 23. Förekomst av någon psykisk sjukdom (enligt ICD-10), kvinnor och män 25–44 år och 45–64 år utifrån födelseland, 2014. ....	54
Figur 24. Ekonomisk kris, emotionellt stöd och praktiskt stöd i befolkningen jämfört med de med nedsatt psykiskt välbefinnande, kvinnor och män 25–64 år 2016. ....	56
Figur 25. Antal dödsfall per 100 000 invånare bland kvinnor i olika utbildningsgrupper som slutenvårdats för psykoser (F20–F29), eller depressioner (F30–F39), jämfört med den del av befolkningen som inte har fått psykiatrisk slutenvård (F00–F99). Åldersstandardiserade dödstal. ....	59
Figur 26. Antal dödsfall per 100 000 invånare bland män i olika utbildningsgrupper som slutenvårdats för psykoser (F20–F29), eller depressioner (F30–F39), jämfört med den del av befolkningen som inte har fått psykiatrisk slutenvård (F00–F99). Åldersstandardiserade dödstal. ....	60
Figur 27. Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12) enligt inkomstkvintiler, 16–84 år, 2010–2015. ....	61
Figur 28. Koncentrationsindex över tid (2001–2011) för inkomstrelaterad ojämlikhet i självrapporterad ångest bland vuxna 31–64 år. ....	62
Figur 29. Koncentrationsindex över tid (2001–2011) för inkomstrelaterad ojämlikhet i psykiatrisk slutenvårdsdiagnos bland vuxna 31–64 år. ....	63
Figur 30. Koncentrationsindex över tid (1994–2011) för inkomstrelaterad ojämlikhet i psykiatrisk öppenvårdsdiagnos bland vuxna 31–64 år. ....	63
Figur 31. Koncentrationsindex över tid (1994–2011) för inkomstrelaterad ojämlikhet i suicid bland vuxna 31–64 år. ....	64
Figur 32. Fördelning nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12) för kombinationen inkomst och sexuell orientering, befolkningen 26–84 år, 2010–2015. ....	67
Figur 33. Fördelning nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12) för kombinationen utbildning och yrkesklass, befolkningen 26–84 år 2010–2015. ....	67
Figur 34. Enkel ojämlikhet för inkomst samt sammansatt komplex ojämlikhet för inkomst i kombination med andra indelningsgrunder, (%), befolkningen 26–84 år, 2010–2015. ....	68

Figur 35. Nedsatt psykiskt välbefinnande i befolkningen (GHQ12), bland ensamstående mödrar, arbetslösa unga vuxna, personer med sjuk-/aktivitetsersättning och personer med ekonomiskt bistånd, kvinnor och män 16–84 år, 2013–2015. ....	69
Figur 36. Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12) bland homo-/bisexuella jämfört med befolkningen, kvinnor och män 18–64 år, 2013–2015. ....	70
Figur 37. Förekomst av någon psykisk sjukdom (enligt ICD-10) utifrån utbildningsnivå, kvinnor och män 65–79 år resp. 80 år och äldre, 2014. ....	74
Figur 38. Förekomst av någon psykisk sjukdom (enligt ICD-10), utifrån födelseland, kvinnor och män 65–79 år resp. 80 år och äldre, 2014. ....	75
Figur 39. Andel (%) med depressiva symtom, kvinnor och män 77 år och äldre, 1992–2014. ....	76
Figur 40. Ekonomisk kris, emotionellt stöd och praktiskt stöd bland äldre med nedsatt psykiskt välbefinnande resp. äldre i befolkningen, kvinnor och män 65–84 år, 2016. ....	78
Figur 41. Bidrag från grupper av materiella och psykosociala faktorer till ojämlikheter i nedsatt psykiskt välbefinnande mellan olika sociala positioner (inkomst, samt inkomst i kombination med kön, utbildning, yrkesklass, härkomst och sexuell orientering). ....	91
Figur 42. Bidrag från grupper av materiella och psykosociala faktorer till ojämlikheter i nedsatt psykiskt välbefinnande mellan olika sociala positioner (kvinnor och män, samt kön i kombination med inkomst, utbildning, yrkesklass, härkomst och sexuell orientering).....	91

# Sammanfattning

Folkhälsan i Sverige utvecklas positivt som helhet, men den är inte jämnt fördelad mellan olika grupper i befolkningen. Ojämligheter i psykisk hälsa kan medföra skillnader i välbefinnande, lidande, och livskvalitet, men också i levnadsvanor och fysisk hälsa mellan olika grupper. Omvänt kan skillnader i livsvillkor, levnadsvanor och fysisk hälsa ge upphov till skillnader i psykisk hälsa. För att kunna utforma verkningsfulla åtgärder är det viktigt att beskriva skillnader i psykisk hälsa, analysera vilka faktorer som bidrar till dessa, samt förstå vilka konsekvenser de får på olika aspekter av hälsa och liv.

Här redovisas en samlad bild av de olika studier som ingått i regeringsuppdraget att ta fram en kunskapssammanställning över bestämningsfaktorer för en jämlik psykisk hälsa, som 2016 tilldelades Folkhälsomyndigheten. Rapporten består av sammanfattningar av resultaten av en rad olika delstudier bedrivna dels vid de sju olika lärosäten/forskargrupper som bidragit med studier och dels vid Folkhälsomyndigheten. Rapporten omfattar både litteraturöversikter och empiriska studier av svenska data, samt de slutsatser som dras av det sammanställda materialet.

Rapporten belyser positiv psykisk hälsa och psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa används här som en samlande beteckning för både psykiska besvär och psykiatrisk diagnos. Ojämlighet i hälsa definieras som systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika social position. Här undersöks om det finns skillnader i psykisk hälsa utifrån socioekonomiska och diskriminerande grunder samt kombinationer av dessa.

Rapporten visar att både positiv psykisk hälsa och psykisk ohälsa är ojämnt fördelade redan i tidig ålder utifrån socioekonomi. Ojämlighet i psykiska besvär, psykiatriska diagnoser och suicid relaterat till inkomstnivå är betydande och har ökat över tid bland vuxna. Även ojämlikheter utifrån sexuell läggning, kön och utbildning identifierades. Ojämlighet utifrån födelseland visade inte lika tydliga mönster i denna kunskapssammanställning.

Ojämlighet i psykisk hälsa är konsekvensen av sammanvävda och interagerande fenomen. Att kombinera olika sociala positioner i analyserna (komplex ojämlikhet) ger värdefull information om hur sociala positioner samspelar och resulterar i både förstärkande och dämpande effekter på ojämlikhet i psykisk hälsa. De viktigaste bestämningsfaktorerna för både de komplexa ojämlikheterna och den inkomstrelaterade ojämlikheten i alla studerade utfall var kopplade till sysselsättning och inkomst.

Förutom de med låg inkomst, så har vissa grupper genomgående högre förekomst av psykiska besvär såsom icke-heterosexuella, mottagare av ekonomiskt bistånd, arbetslösa unga vuxna samt ensamstående föräldrar. För unga med funktionsnedsättning tyder resultaten på att det skett en försämring över tid i positiv psykisk hälsa.

De med psykiska besvär har oftare ogynnsamma sociala och ekonomiska förhållanden. Psykisk sjukdom såsom depression och ångest hade en negativ effekt på alla undersökta arbetsmarknadsindikatorer. Vårdade i psykiatrisk slutenvård hade högre dödlighet, med en tydlig gradient mellan olika utbildningsgrupper.

Denna rapport visar på sociala skillnader i förekomst av positiv psykisk hälsa och psykisk ohälsa och viktiga bestämningsfaktorer för detta. Den visar även ogynnsamma livsvillkor bland de med psykisk ohälsa och sociala och ekonomiska konsekvenser av psykisk ohälsa i Sverige. Rapporten visar vilka områden som är viktiga för fortsatt uppföljning, fördjupat fokus och ett utvecklat förebyggande och främjande arbete för att minska ojämlikheter i psykisk hälsa.

# Summary

## Inequalities in mental health. An overview of the current state of knowledge.

The overall progress in population health in Sweden is satisfactory, however, it is not equally distributed between population groups. There is more knowledge and awareness about the inequalities in physical health than mental health. Possible consequences of mental health inequalities are inequalities in wellbeing, suffering and quality of life as well as inequalities in living conditions, health behaviors and physical health. To take further action on mental health inequalities and enhance development of effective interventions it is crucial to identify and describe the present disparities that exist in the population. It is also important to analyze which underlying factors contribute to these inequalities and to understand which consequences they have on our health and in our lives.

In this report, we present an overview of the current state of knowledge on mental health inequalities in Sweden as commissioned by the government in 2016. It draws together a range of studies, such as literature reviews and secondary data analyses on Swedish data, carried out at seven different academic institutions as well as at the Public Health Agency of Sweden. The report covers both findings from specific studies, as well as findings across studies.

It is shown, that both positive mental health and mental health problems are unevenly distributed according to socioeconomic indicators from early age onwards. Inequalities in mental health problems, psychiatric diagnoses and suicide related to income are substantial and have increased over time in adults. Inequalities according to sexual orientation, gender and education were also identified. The distribution of mental health according to country of birth did not show any consistent patterns.

Inequalities in mental health depends on interlinked and interacting phenomena. Combining different social positions in the analysis of inequalities (complex inequalities) provides valuable information about this interplay, which showed both reinforcing and dampening effects on mental health inequalities. The most important factors contributing to both complex inequalities and income related inequalities in all the outcomes studied, had a connection to employment status and income.

Certain groups, such as non-heterosexuals, social assistance recipients, unemployed young adults and single parents, had systematically higher prevalence of mental health problems. In addition, the result indicates that positive mental health may have declined among youth with disability.

Furthermore, unfavorable social and economic conditions are more prevalent among those with mental health problems. Psychiatric disorders such as depression and anxiety had a negative impact on all labor market indicators investigated. A

higher mortality was found among individuals had received inpatient psychiatric care, with a significant social gradient in mortality according to level of education.

This report demonstrates present social inequalities in the prevalence of both positive mental health and mental ill health and their most important determinants. It also highlights the unfavorable living conditions among those with mental ill health together with the social and economic consequences of mental ill health in Sweden. The report points out areas that are important to continue to monitor, focus and act on in order to tackle the inequalities in mental health.

N.B. The title and summary of the publication is translated from Swedish, however no full version of the publication has been produced in English.



# Ordlista

## **Diskrimineringsgrunder**

Diskriminering enligt diskrimineringslagen är att någon missgynnas eller kränks och att missgynnandet eller kränkningen har samband med någon av diskrimineringsgrunderna. De sju grunder som omfattas av diskrimineringslagen är kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. I den här rapporten ingår diskrimineringsgrunderna kön, etnisk tillhörighet, funktionsnedsättning och sexuell läggning.

## **Kartläggande översikt**

I likhet med en systematisk litteraturöversikt är en kartläggande litteraturöversikt också en vetenskaplig och systematisk metod som används för att sammanställa och analysera vetenskaplig litteratur. Den kartläggande litteraturöversikten lämpar sig däremot för andra typer av frågeställningar som är bredare och inte nödvändigtvis utvärderande i sin karaktär. Det kan istället handla om att undersöka och beskriva forskningen på ett område som är nytt eller okänt.

## **Ojämlighet i hälsa**

Kommissionen för jämlik hälsa definierar ojämlikhet i hälsa som ”systematiska skillnader i hälsa mellan sociala grupper” (Kommissionen för jämlik hälsa 2017:47, s33). Dessa skillnader tar sig uttryck som en gradient i hälsa och som hälsoproblem i vissa grupper som är särskilt utsatta.

Ojämlighet i hälsa uppstår till följd av att sociala grupper har olika tillgång till resurser med betydelse för hälsan. Dessa resurser beskrivs som sammankopplade och ömsesidigt förstärkande villkor och möjligheter, sett till hela livet (Kommissionen för jämlik hälsa 2016:55). Detta blir tydligt i fördelningen av både livsvillkor och levnadsvanor, och sambandet tenderar att gå i båda riktningarna: Hälsa är en förutsättning för att utbilda sig och arbeta, samtidigt som hälsan påverkas av våra livsvillkor och levnadsvanor. Skillnader i resurser leder till skillnader i risker, skillnader i sårbarhet och skillnader i sociala och ekonomiska konsekvenser av ohälsa mellan olika sociala grupper.

**Enkel ojämlikhet** i hälsa avser ojämlikhet i hälsa som endast gäller en indelningsgrund, exempelvis hur inkomsten påverkar ojämlikheter i psykisk hälsa.

**Komplex ojämlikhet** i hälsa avser ojämlikhet i hälsa utifrån kombinationen av två eller fler indelningsgrunder, exempelvis hälsoskillnaden mellan kombinationer av inkomst och kön. Komplex ojämlikhet kan också kallas intersektionell ojämlikhet. Sammansatt ojämlikhet är skillnaden mellan ytterlighetsgrupperna som jämförs i denna rapport.

### **Psykisk hälsa**

I den här rapporten använder vi psykisk hälsa som ett övergripande begrepp och skiljer på positiv (god) psykisk hälsa och psykisk ohälsa.

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar psykisk hälsa som ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga sina egna möjligheter, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle som hon eller han lever i. Psykisk hälsa är inte detsamma som frånvaro av psykisk ohälsa. Det inbegriper både individens upplevelse och relationen mellan individen och det sociala sammanhang som hon eller han lever i. Ibland används begreppet positiv psykisk hälsa för att betona att det är hälsan och inte ohälsan som avses.

### **Positiv psykisk hälsa**

Positiv eller god psykisk hälsa betonar hälsa, inte bara som frånvaro av sjukdom utan som något i sig självt. Positiv psykisk hälsa innefattar både välbefinnande och funktion.

### **Psykisk ohälsa**

Psykisk ohälsa används ofta, och även i den här rapporten, som en övergripande term som täcker både självrapporterade psykiska besvär och diagnostiserade psykiatriska tillstånd.

### **Psykiska besvär**

Psykiska besvär beskriver olika tillstånd då människor upplever tecken på psykisk obalans eller symtom såsom oro, nedstämdhet eller sömnsvårigheter. De psykiska besvären kan påverka funktionsförmågan i olika grad, beroende på typ och omfattning. Psykiska besvär handlar på så vis om tillstånd som inte är så omfattande eller allvarliga att man söker hjälp eller att en diagnos kan ställas. De är oftast normala reaktioner på en påfrestande livssituation. Här används begreppet främst för självrapporterade psykiska besvär.

### **Psykiatriska tillstånd**

Psykiatriska tillstånd beskriver tillstånd där flera symtom uppfyller kriterierna för en diagnos. Psykisk sjukdom avgränsas i dag utifrån diagnostiska kriterier i internationella system. Två etablerade diagnosystem är WHO:s International Classification of Diseases (ICD) och den amerikanska psykiatriska yrkesföreningens Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). I Sverige ställs vanligen diagnos med hjälp av DSM. Dessa diagnoser översätts sedan till diagnoskoder, enligt ICD. I denna rapport har vi använt diagnoskoder från ICD-10.

### **Social gradient**

De sociala skillnader i hälsa som finns mellan olika grupper i samhället (mätt i tillgångar, makt eller prestige) kan beskrivas med den sociala gradienten i hälsa. Den innebär att hälsan blir sämre för varje steg nedåt i den sociala hierarkin, vare sig det handlar om inkomst, yrke eller nivå på utbildning. Det handlar således inte om två motpoler där ena gruppen har god och den andra har dålig hälsa, utan snarare om en gradvis skillnad.

**Sexuell läggning**

Sexuell läggning handlar om vem en person blir attraherad av eller kär i. Diskrimineringslagen definierar sexuell läggning som homosexuell, heterosexuell eller bisexuell läggning. Begreppet används i den här rapporten synonymt med sexuell orientering, eftersom olika forskare använt olika begrepp.

**Social position**

Social position indikerar en persons placering i den sociala strukturen. Det indikeras ofta genom utbildning, inkomst eller yrke. Kön och födelseland kan också beskriva sociala positioner.

**Systematisk litteraturöversikt**

En systematisk litteraturöversikt är en litteraturöversikt som avser en tydligt formulerad fråga och som använder systematiska och tydligt beskrivna metoder för att identifiera, välja ut och kritiskt bedöma relevanta studier samt för att samla in och analysera uppgifter från dessa. I en systematisk litteraturöversikt kan en metaanalys ingå i vilken statistiska metoder används för att analysera och väga samman resultaten av de inkluderade studierna.

Litteraturöversiktstypen "översikt av översikter" använder flera litteraturöversikter om en viss frågeställning för att ta fram en övergripande sammanställning om samma frågeställning. Med andra ord handlar det om att ta sammanvägda resultat från olika översikter och sammanfatta dem till ett ännu mer sammanvägt resultat.

# Inledning

Under flera decennier har det bedrivits ett omfattande arbete i Sverige och internationellt med att öka kunskapen om hur hälsan skiljer sig mellan olika grupper i befolkningen (1, 2). Den av Världshälsoorganisationen (WHO) tillsatta Kommissionen för sociala bestämningsfaktorer för hälsa, ledd av Michael Marmot, har varit en viktig utgångspunkt för arbetet (3). Sedan rapporten ”Closing the gap in a generation” publicerades 2008 har det bedrivits regionala kommissioner för jämlik hälsa på flera håll i vårt land, bl.a. i Malmö (4) och Göteborg (5). I juni 2017 lämnade Kommissionen för jämlik hälsa sitt slutbetänkande som innehåller förslag på hur ett långsiktigt och nationellt arbete för en god och jämlik hälsa kan bedrivas (6). Riksdagen har därefter antagit ett nytt övergripande mål för den nationella folkhälsopolitiken "att skapa samhällsliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation" (7). Man kan alltså konstatera att det finns ett stort fokus på att skapa förutsättningar för en jämlik hälsa.

Hälsa är enligt WHO ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning (8). När det kommer till jämlik hälsa är den psykiska hälsan inte lika väl utforskad som den fysiska hälsan. Vi vet en del om fördelningen av psykisk ohälsa, t.ex. att kvinnor har en högre sannolikhet än män att drabbas av depression (9) och att suicidtalerna är högre bland män (10). Det är även känt att etablerade indikatorer för socioekonomiska förutsättningar, såsom inkomst, utbildning och yrke, påverkar risken för psykisk ohälsa bland barn och vuxna (11, 12). Betydelsen av gruppindelningar utifrån t.ex. ursprung, sexuell läggning och funktionsnedsättningar vet vi mindre om. Vi behöver också få en klarare bild av hur dessa och andra förhållanden kopplade till jämlik psykisk hälsa är giltiga i ett företrädesvis svenskt sammanhang.

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag av regeringen att verka för nationell samordning och för ett effektivt och kunskapsbaserat arbete inom områdena psykisk hälsa och suicidprevention. Ytterst ska vårt arbete bidra till en god och jämlik hälsa. Vi utgår från en hälsofrämjande ansats, vilket bl.a. innebär att arbetet är inriktat på att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa i hela eller stora delar av befolkningen och att många aktörer från olika samhällssektorer ingår i det praktiska arbetet för att åstadkomma detta. Den här kunskapssammanställningen utgör ett viktigt underlag för det fortsatta arbetet med att främja den psykiska hälsan och förebygga psykisk ohälsa och minska skillnader i hälsa. Den är även en del av återredovisningen av ett regeringsuppdrag.

# Begrepp och teoretiska utgångspunkter

## Psykisk hälsa

### Vad är psykisk hälsa?

WHO definierar psykisk hälsa som ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga sina egna möjligheter, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle som hon eller han lever i. Kortfattat handlar det om att må bra och fungera väl. Psykisk hälsa är på så vis inte detsamma som frånvaro av psykisk ohälsa, se figur 1 för en illustration. Ibland används begreppen välbefinnande eller positiv psykisk hälsa för att betona att det är hälsan och inte ohälsan som avses. I den här rapporten använder vi psykisk hälsa som övergripande begrepp och skiljer på positiv (god) psykisk hälsa och psykisk ohälsa.

I den här rapporten använder vi begreppet psykisk hälsa som ett paraplybegrepp som omfattar både positiv psykisk hälsa och psykisk ohälsa.

**Figur 1.** Begreppen psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd överlappar (13)



### Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett brett begrepp som innefattar en rad olika tillstånd av olika allvarlighetsgrad och olika långvarighet. Psykisk ohälsa spänner över ett spektra från mildare besvär av övergående oro, till kroniska tillstånd som förvärras över tiden och kraftigt påverkar funktionen (14). De kan röra sig om självrapporterade psykiska besvär såsom oro och ångest, eller om psykisk sjukdom som diagnostiseras som psykiatriska tillstånd och behandlas av hälso- och sjukvården, såsom depression eller schizofreni. De psykiska besvären kan påverka

funktionsförmågan i olika grad, beroende på typ och omfattning. Symtomen är inte så omfattande att en diagnos kan ställas och de är oftast normala reaktioner på en påfrestande livssituation. Psykiatriska tillstånd däremot begränsar allvarligt individens funktionsnivå. Vad som anses vara avvikande varierar över tid, likaså hur man diagnosticerar psykisk ohälsa. Nya diagnoser tillkommer och andra utgår, och diagnoskriterier förändras. Över tid har antalet möjliga diagnoser blivit fler.

Det finns olika sätt att presentera och ta reda på hur vanligt förekommande psykisk ohälsa är, och beroende på hur vi mäter är resultatet behäftat med olika begränsningar och belyser olika dimensioner av psykisk ohälsa. I våra olika befolkningsenkäter mäts självrapporterade psykiska besvär. Självrapporterade data kan ha begränsningar och felkällor, däribland minnesfel och en risk att de som svarar inte är representativa för befolkningen eller den grupp som studeras. Svarens frekvens sjunker också i många undersökningar över tid. Genom patientregistret kan vi få kunskap om förekomsten av psykiatriska diagnoser i öppen- och slutenvården. Man kan dock diskutera i vilken utsträckning vårdkonsumtion är en indikator på förekomst av psykisk ohälsa. Vårdkonsumtion påverkas av rådande uppfattningar om vilka tillstånd som bör hanteras inom vården. Förändringar av vårdkonsumtion klargör inte om ohälsan har ökat i befolkningen eller om benägenheten att söka vård har ökat. En av begränsningarna med att använda sig av diagnoser i öppen- och slutenvården är att kunskapen endast är baserad på dem som faktiskt sökt vård, och som har fått träffa en läkare. Det är dock rimligt att anta att de allvarligaste fallen faktiskt kommer till vården, förr eller senare. Förekomsten av psykisk ohälsa kan också skattas genom att studera andelen med sjukskrivning för psykisk ohälsa eller andelen som hämtat ut läkemedel för detta. Ytterligare ett sätt att uppskatta förekomsten är att beräkna sjukdomsburden med s.k. DALY som mått. DALY är ett mått som tar hänsyn till hur mycket sjukdomen bidrar till förtida död och hur den påverkar hälsotillståndet. Eftersom DALY:s tas fram med hjälp av flera komplexa sammansatta analyser är det inget definitivt mått utan bör ses som en kvalificerad uppskattning med möjliga felkällor. Fördelen är att måttet gör anspråk på att uppskatta förekomst av psykisk ohälsa i befolkningen (15).

I den här rapporten har vi försökt belysa psykisk hälsa med hjälp av kunskap från flera olika källor som kompletterar varandra och som på så sätt ger en så nyanserad bild som möjligt. Det är viktigt att komma ihåg att självrapporterade psykiska besvär inte är detsamma som psykisk sjukdom. Det går därför inte att överföra slutsatser som gäller för självrapporterade psykiska besvär till att även gälla för psykiatriska diagnoser. För att tydliggöra detta använder vi i rapporten psykiska besvär eller nedsatt psykiskt välbefinnande då det handlar om självskattade symptom. Vidare använder vi psykisk ohälsa som ett paraplybegrepp för psykiska besvär och psykiatriska diagnoser. Utöver psykiska besvär och psykiatriska diagnoser studeras även suicid i rapporten. Vanligtvis brukar inte suicid inkluderas i psykisk ohälsa eftersom det inte är en psykisk sjukdom enligt ICD-10. De flesta personer som begår suicid är dock deprimerade och därför brukar förekomsten av suicid diskuteras i samband med psykisk ohälsa.

## Bestämningsfaktorer för psykisk hälsa

Psykisk hälsa är ett resultat av komplexa interaktioner mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer (14). Psykisk hälsa kan således kopplas till såväl individuella attribut såsom ”coping”-förmåga eller ärftlig sårbarhet för psykisk ohälsa, som sociala förhållanden. Det kan även kopplas till levnadsvanor. De sociala bestämningsfaktorerna för psykisk hälsa har fått allt mer uppmärksamhet under de senaste åren i och med en ökad förståelse för att fördelningen av dessa bestämningsfaktorer har stor betydelse för jämlik hälsa (16). WHO beskriver de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa som de förhållanden i vilka vi föds, lever och växer, arbetar och åldras. Dahlgren och Whitehead (17) har tagit fram en modell över hälsans bestämningsfaktorer som, genom att vara både enkel och illustrativ, blivit mycket använd både i Sverige och internationellt. Där illustreras att det finns olika nivåer eller lager av faktorer som påverkar hälsan i en befolkning: övergripande strukturella faktorer, livsvillkor, levnadsvanor samt sociala nätverk och relationer. Längst in finns de faktorer som individen själv bär på, det vill säga ålder, kön och arv. Det finns en interaktion mellan olika lager; exempelvis påverkas levnadsvanor både av rådande sociala normer och olika nätverk, och av levnadsförhållanden, som i sin tur påverkas av vidare socioekonomiska förhållanden. Livsvillkoren påverkas dels av individuella val, dels av politiskt styrda beslut som fattas inom olika sektorer. Att faktorerna är beroende av hur samhället är organiserat innebär också att de är påverkbara.

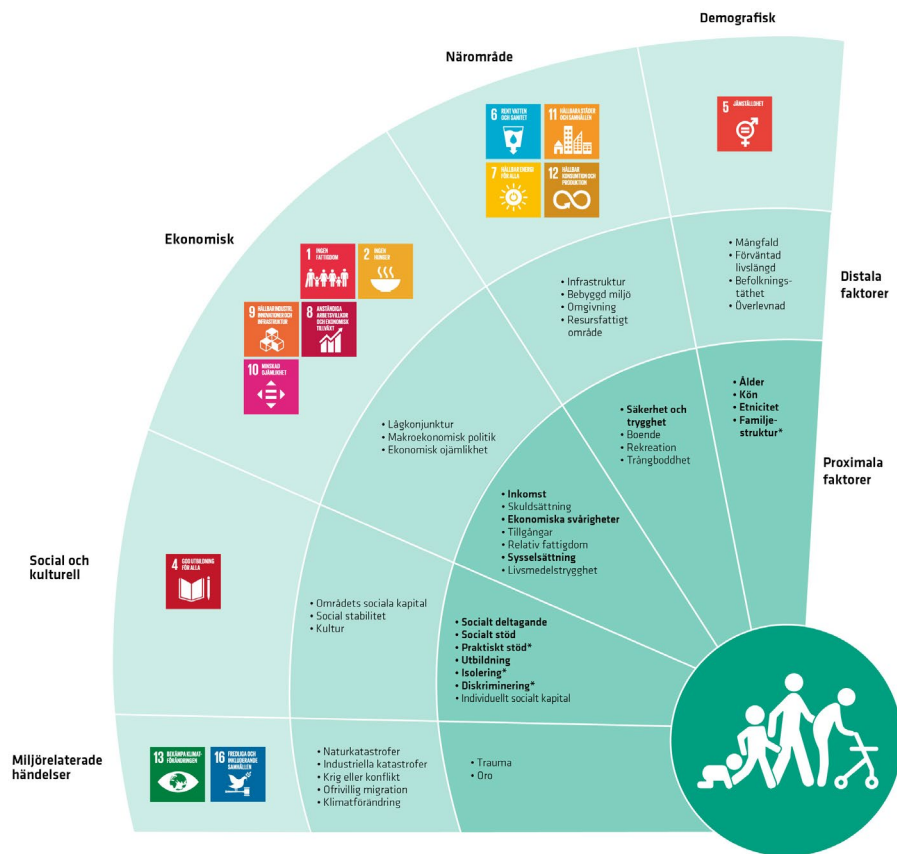
När vi talar om sociala bestämningsfaktorer för psykisk hälsa avses de sociala och ekonomiska förhållanden som har en direkt inverkan på förekomsten och svårighetsgraden av psykisk ohälsa. Hit räknas t.ex. ogynnsamma sociala och ekonomiska förhållanden såsom fattigdom, social isolering och våld. Vissa befolkningsgrupper är både mer utsatta för dessa ogynnsamma förhållanden och mer sårbara, vilket medför en högre risk för psykisk ohälsa (18).

Ogynnsamma förhållanden kan återfinnas inom olika dimensioner: demografi, ekonomi, närområde, miljö och en social och kulturell domän. De måste förstås i ett livsloppsperspektiv (19). Den sociala och kulturella domänen inkluderar här organisationen av samhället och sociala interaktioner. Figur 2 nedan visar hur de olika dimensionerna hänger samman med målen för hållbar utveckling (SDG) i Agenda 2030, samt de relaterade distala (strukturella förhållanden) och proximala faktorer (närmare individen) som har betydelse för psykisk hälsa.

Dessa faktorer kan betraktas som risk- och skyddsfaktorer. Hur de olika faktorerna påverkar den psykiska hälsan varierar dock beroende på kön, ålder, lokal kontext och det specifika utfall som studeras.

Tidigare forskning ger en liknande bild av vilka faktorer som påverkar möjligheterna till en positiv psykisk hälsa. Förutom arbete, inkomst och god utbildning är också goda sociala kontakter avgörande för en positiv psykisk hälsa (20).

**Figur 2.** Sociala bestämningsfaktorer och indikatorer för psykisk ohälsa i relation till de sociala hållbarhetsmålen. Modell anpassad för analyser i denna rapport efter Lund et al. 2018 (19).



## Mekanismer bakom hälsoskillnader

Den sociala strukturen kan påverka hälsan, och här finns olika förklaringsmodeller som dock inte utesluter varandra (21-24). Den första är *brist på materiella resurser*, där materiella förhållanden påverkar hälsan både direkt och indirekt genom arbetet och den sociala omgivningen. En otillräcklig inkomst kan leda till problem som är relaterade till materiella förhållanden som påverkar hälsan (23).

*Psykosociala krav och utmaningar* i livet skapar stress som kan aktivera biologiska processer i kroppen, som i sin tur styr metabola och fysiologiska förändringar (22). Stressen som upplevs kan vara både akut och kronisk. Ekonomiska problem och brist på socialt stöd kan t.ex. producera en låg men konstant nivå av stress. Om den biologiska stress-responsen aktiveras för ofta, för hårt eller för länge kan metabola och fysiologiska förändringar uppstå, som i sin tur leder till hälsoproblem.

Skillnader i *hälsobeteende* har också lyfts fram som en mekanism bakom ojämlikhet i hälsa. Rökning har t.ex. framhållits som en viktig förklaring till de observerade sociala skillnaderna i hälsa (24). Brist på motion och ohälsosamma matvanor är andra beteenderelaterade faktorer som är vanligare bland grupper med lägre socioekonomisk status.



Skillnader i *tillgång till hälso- och sjukvård* inom prevention, primärvård och sjukhusvård har också inverkan på sociala skillnader i hälsa.

Slutligen har *livsloppsperspektivet* förts fram. Detta kombinerar tankar från de ovanstående mekanismerna och beskriver ojämlikhet i hälsa som en konsekvens av ackumulering av sociala, psykologiska och biologiska fördelar och nackdelar över tid. Dessa mekanismer är som nämnts ovan inte sinsemellan uteslutande, och ofta har grupper med lägre social position en högre förekomst av hälsoskadliga exponeringar.

## Ojämlikhet i hälsa och psykisk hälsa

Kommissionen för jämlik hälsa definierar ojämlikhet i hälsa som ”systematiska skillnader i hälsa mellan sociala grupper” (6), s 33. Dessa skillnader tar sig uttryck som en gradient i hälsa och som hälsoproblem i vissa grupper med särskilt utsatta positioner.

Ojämlikhet uppstår till följd av att sociala grupper har olika tillgång till resurser, som beskrivs som sammankopplade och ömsesidigt förstärkande villkor och möjligheter, över hela livsloppet (25). Detta blir tydligt för både livsvillkor och levnadsvanor, och sambandet tenderar att gå i båda riktningarna. Samtidigt som hälsa är en förutsättning för att utbilda sig och arbeta påverkas hälsan av våra livsvillkor och levnadsvanor. Till följd av skillnader i resurser uppstår skillnader i risker, skillnader i sårbarhet och skillnader i sociala och ekonomiska konsekvenser av ohälsa. Med mer jämlika livsvillkor och möjligheter (resurser) kommer också en mer jämlik hälsa.

Kommissionens fokus låg på socioekonomiska skillnader och skillnader mellan kön. I denna rapport analyserar vi om det finns skillnader i psykisk hälsa utifrån socioekonomiska och diskriminerande grunder samt kombinationer av dessa.

## Bestämningsfaktorer för ojämlikhet i psykisk hälsa

Det finns olika sätt att angripa frågor om ojämlikhet i hälsa, och olika akademiska discipliner använder sig av olika metoder. Som Kommissionen för jämlik hälsa visat är det viktigt att belysa den sociala gradienten i hälsa, och att samtidigt inte tappa fokus på grupper som kan betraktas som särskilt utsatta. I det här sammanhanget kan det handla om grupper som har ökad risk för psykisk ohälsa, eller har sämre tillgång till samhällets vård- och stödutbud. Ofta sammanfaller dessa tillstånd. Det finns också anledning att använda nya angreppssätt för att upptäcka hur olika kombinationer av sociala positioner kan påverka hälsan i befolkningen. I denna rapport redovisas resultat från studier som haft både socialepidemiologiska och hälsoekonomiska ansatser. Gemensamt för ansatserna är att de ökar vår förståelse för hur olika sociala positioner i kombination med varandra är relaterade till psykisk hälsa.

De livsvillkor och levnadsvanor som har betydelse för psykisk hälsa behöver inte nödvändigtvis ha betydelse för ojämlikhet i psykisk ohälsa. För att minska

ojämlikheterna i psykisk hälsa behöver vi därför veta vilka faktorer som ligger bakom just den ojämna fördelningen eller den ökade sårbarheten i vissa grupper. Det finns som beskrivits ovan olika ansatser till att förklara ojämlikheter i hälsa. I den här rapporten är fokus framför allt på ojämlika livsvillkor och levnadsförhållanden.

För att undersöka förklaringar till ojämlikheter i hälsa utifrån ojämlikheter i livsvillkor kan andra statistiska metoder lämpa sig bättre än de som traditionellt används inom folkhälsovetenskap för att undersöka bestämningsfaktorer för hälsa. Om en faktor ska förklara ojämlikhet i hälsa måste den vara relaterad till hälsa, men också ojämlikt fördelad över den studerade indelningsgrunden, alternativt ha olika effekt i olika grupper. Hur vanligt förekommande faktorn är generellt kan också ha betydelse. Enligt denna logik kan en viktig bestämningsfaktor för hälsa vara betydelselös för att förklara ojämlikheter för ett visst utfall, om den samtidigt är jämnt fördelad över den givna indelningsgrunden. En annan faktor, med svagare relation till hälsoutfallet, kan däremot bidra med en ansenlig förklaring till ojämlikheter i hälsa, om faktorn samtidigt i stor utsträckning är ojämlikt fördelad. Denna logik fångas upp av olika former av s.k. dekompositionsmetoder som utvecklats inom ekonomisk forskning (26-28) och som under senare år börjat spela större roll även inom folkhälsovetenskaplig ojämlikhetsforskning.

## Förekomst och utveckling av psykisk hälsa i Sverige

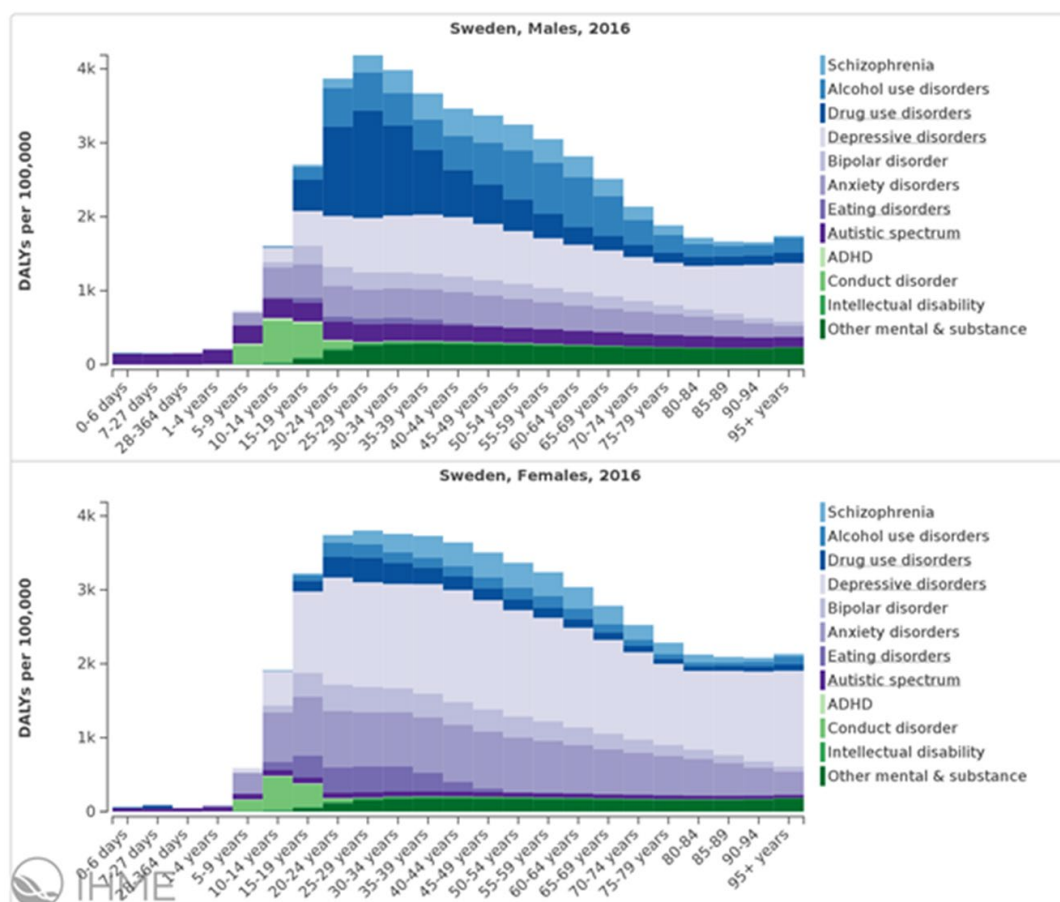
Psykisk ohälsa utgör en betydande del av sjukdomsburden i Sverige. Det gäller alla åldersgrupper. Psykisk ohälsa är vanligt förekommande i Sverige liksom i resten av världen. Andelen 13- och 15-åriga flickor och pojkar i Sverige som rapporterar återkommande psykosomatiska besvär har exempelvis fördubblats sedan mitten av 1980-talet. År 2013/14 rapporterade över hälften av de 15-åriga flickorna och närmare en tredjedel av pojkarna i samma ålder psykosomatiska besvär. Socialstyrelsen (29) konstaterar i en studie av utvecklingen av psykisk ohälsa att vård för psykisk ohälsa ökar bland barn och unga, och att den har ökat i hela gruppen unga. Socialstyrelsen beräknar att omkring 10 procent av flickor, pojkar och unga män hade minst ett vårdtillfälle inom specialiserad psykiatrisk öppenvård eller minst ett uttag av psykofarmaka (där förskrivning inom primärvården ingår) 2016. För unga kvinnor (18–24 år) var motsvarande andel runt 15 procent. Diagnoserna som bidrog mest till ökningen av vård är depressioner och olika ångestsyndrom samt neuropsykiatriska tillstånd. Socialstyrelsen påpekar att flera faktorer pekar på att ökningen är reell, men andra bidragande orsaker kan också vara tillgång till vård och förändrad klinisk praxis.

Andelen vuxna (16–84 år) som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande har varit relativt konstant under den senaste tioårsperioden, bland både kvinnor och män samt i olika ålders- och utbildningsgrupper (30). Enligt Försäkringskassan ([www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)) är psykiatriska diagnoser den vanligaste orsaken till sjukskrivningar i Sverige. Sjukfrånvaron i psykiatriska diagnoser är som störst och ökar mest i det som kan klassificeras som kontaktyrken – yrken där man har

kontakt med brukare, elever, patienter eller kunder. I samma yrkeskategorier påbörjas också flest sjukfall för kvinnor och män, men bland kvinnorna är de betydligt fler (31).

Mycket pekar på att de flesta psykiska sjukdomar startar tidigt i livet (32). Figur 3 visar fördelningen av DALY per 100 000 invånare för olika diagnosgrupper inom psykisk ohälsa, uppdelat på olika åldersgrupper. Vi ser att fördelningen av psykisk ohälsa skiljer sig åt för kvinnor och män vad gäller vilka diagnoser som mest bidrar till sjukdomsördan, och att sjukdomsördan är störst i åldrarna 20–40 år. Totalt sett visar figuren att det finns en något större sjukdomsörda bland män, och att den framför allt domineras av alkohol och drogrelaterad ohälsa. För kvinnor ser vi en något jämnare fördelning över åldrarna, med en lägre avtrappning uppåt i åldrarna. Sjukdomsördan för kvinnor domineras av diagnoser som är relaterade till depression och ångest.

**Figur 3.** Fördelning av DALY per 100 000 invånare för psykisk ohälsa bland män respektive kvinnor i olika åldrar, Global Burden of Disease (GBD)-data, Sverige 2016.



Källa: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2016. Hämtat 2018-10-18 från <http://ihmeuw.org/4m1x> och <http://ihmeuw.org/4m1w>.

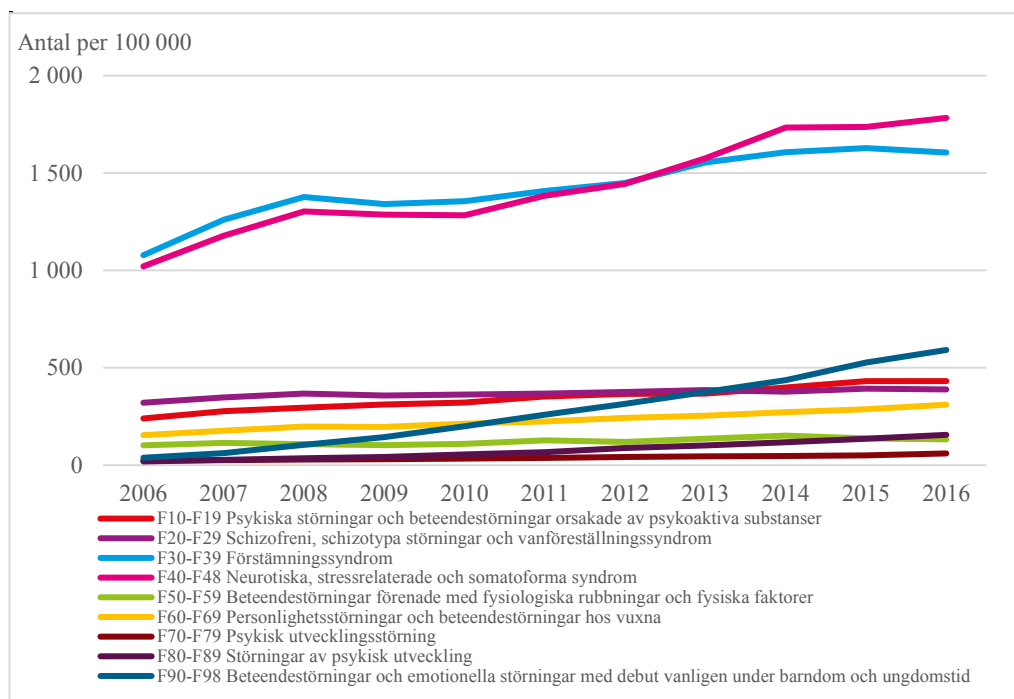
## Utvecklingen av psykiatriska diagnoser inom vården

Antalet personer som vårdats för en psykiatrisk diagnos inom öppen- och slutenvård kan ge en bild av hur den psykiska ohälsan har förändrats över tid. Det bör noteras att antalet vårdade delvis också är en funktion av vårdens organisation, och när det gäller denna typ av statistik, även om täckningsgrad.

Öppenvårdsregistret introducerades 2001. Bortfallet var från början runt 25–30 procent, men har sedan minskat till drygt 4 procent 2016. Det är därför troligt att en viss del av ökningen handlar om ökad täckningsgrad.

Figur 4 visar data från Socialstyrelsens patientregister över antalet kvinnor 25–64 år som vårdades i specialiserad psykiatrisk öppenvård för olika psykiatriska diagnoser åren 2006–2016, och figur 5 visar antalet vårdade inom slutenvård. I öppenvården har diagnoser relaterade till förstämningssyndrom samt neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (återkommande klagomål på kroppsliga symtom i förening med upprepade krav på medicinska undersökningar, trots tidigare negativa fynd och försäkringar om att symtomen inte har någon kroppslig orsak) ökat markant över tid.

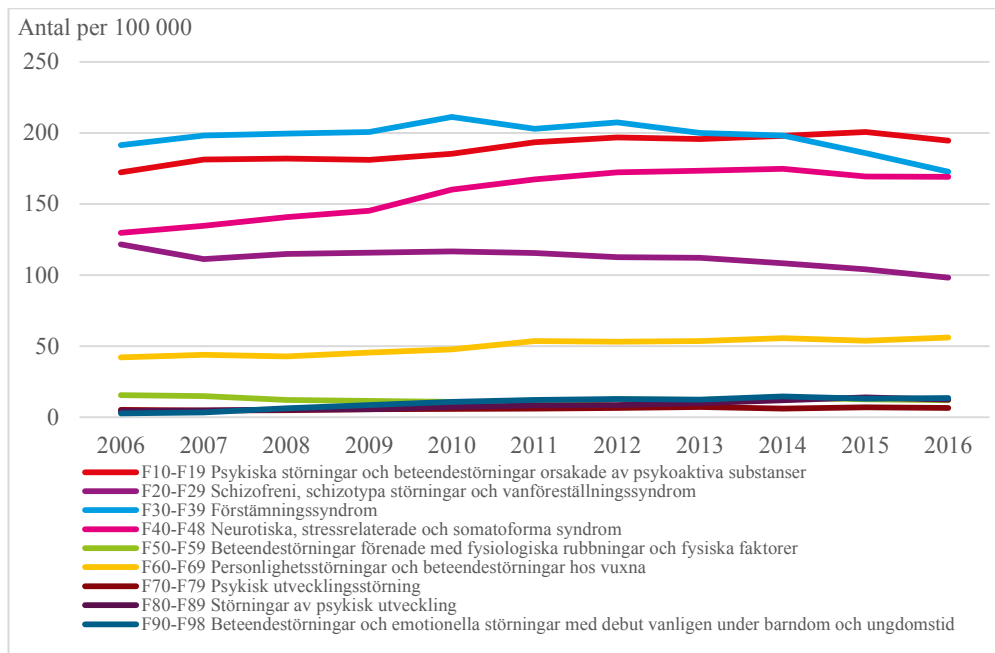
**Figur 4.** Diagnoser i öppenvård för kvinnor 25–64 år 2006-2016. Antal patienter per 100 000 invånare (kvinnor).



Källa: Socialstyrelsens patientregister

Antalet vårdade kvinnor inom slutenvården har legat relativt konstant över tid, även om det skett en viss ökning av neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (figur 5).

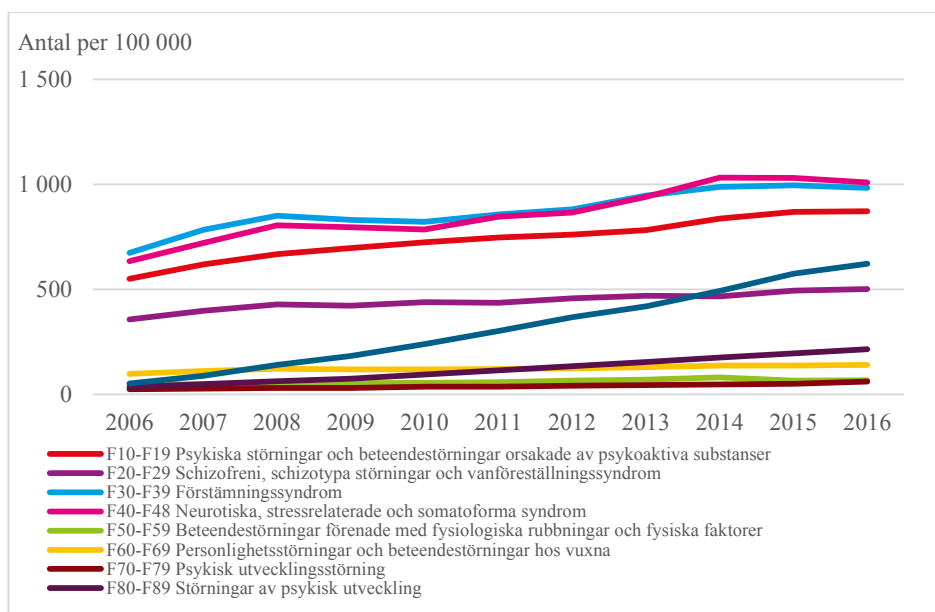
**Figur 5.** Diagnoser i slutenvård för kvinnor 25–64 år 2006–2016. Antal patienter per 100 000 invånare (kvinnor).



Källa: Socialstyrelsens patientregister

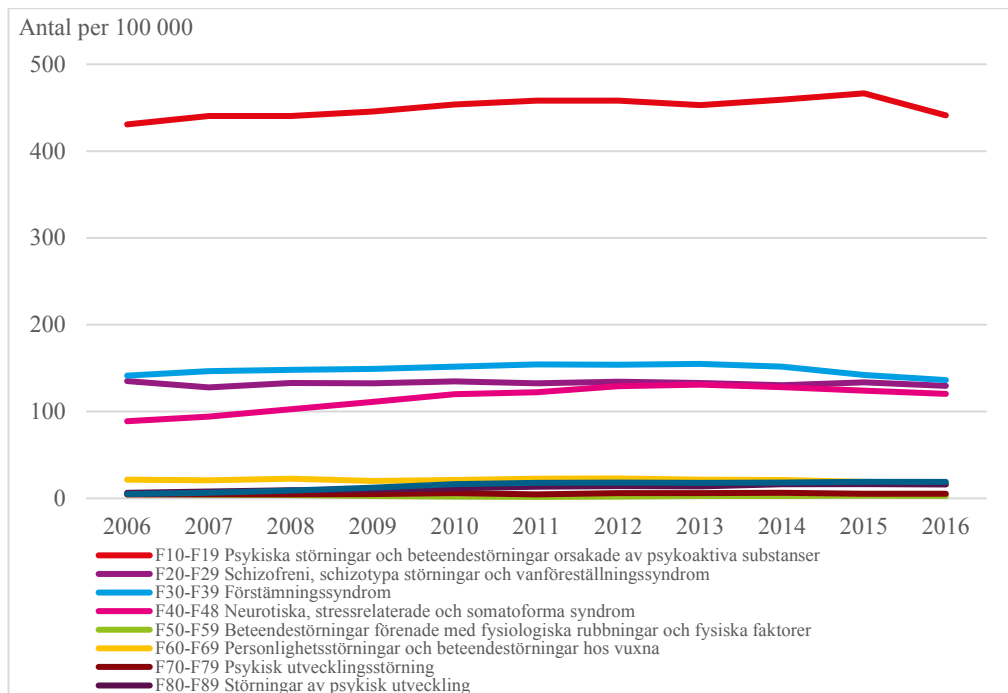
Figur 6 visar antalet män 25–64 år som vårdades i specialiserad öppenvård (ej primärvård) för olika psykiatriska diagnoser åren 2006–2016, och figur 7 visar antalet vårdade inom slutenvård. För män ser vi en ökning av förstämningssyndrom samt neurotiska, stressrelaterade diagnoser och beroendediagnoser över tid. Vi ser däremot inga större förändringar av antalet vårdade inom slutenvården under den senaste 10-årsperioden för män.

**Figur 6.** Diagnoser i öppenvård för män 25–64 år 2006–2016. Antal patienter per 100 000 invånare (män).



Källa: Socialstyrelsens patientregister

**Figur 7.** Diagnoser i slutenvård för män 25–64 år 2006–2016. Antal patienter per 100 000 invånare (män).



Källa: Socialstyrelsens patientregister

## Syfte

Det övergripande syftet med rapporten är att baserat på den kunskap som tagits fram inom uppdraget beskriva det samlade kunskapsläget gällande bestämningsfaktorer för en jämlik psykisk hälsa.

En ambition med genomförandet av uppdraget var dessutom att etablera samverkan med forskare från olika akademiska discipliner som ägnar sig åt att analysera ojämlikhet i hälsa, samt att tillsammans med dem utveckla arbetssätt och metoder för att följa ojämlikhet då det gäller psykisk hälsa.

## Avgränsningar

Uppdraget inkluderar inte kunskap om effekter av förebyggande insatser och förslag på åtgärder. Vidare utgår vi i uppdraget från en bred definition av psykisk hälsa, däremot har vi generellt sett inte inkluderat beroendeproblematik i alla analyser.

I uppdraget ingick att belysa faktorer som är viktiga att ta hänsyn till i arbetet med att främja positiv psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa med ett särskilt fokus på jämlik hälsa. Folkhälsomyndigheten tolkar inte det som att vi ska uttala oss om konkreta insatser, utan mer lyfta vilka grupper som verkar ha störst behov av insatser, samt vilka bestämningsfaktorer som är betydelsefulla för en jämlik psykisk hälsa.

Vi har fokuserat uppdraget på en nordisk kontext med särskilt fokus på Sverige. I linje med det arbete som Kommissionen för jämlik hälsa (25) genomförde har fokus legat på sociala bestämningsfaktorer snarare än individuella psykologiska attribut.

## Metod

Den vetenskapliga utgångspunkten för genomförandet är att kunskap inom området jämlikhet i psykisk hälsa kräver en kombination av teoretisk förståelse och empiriska data. Kunskapssammanställningen baseras därför såväl på sammanställningar av befintlig litteratur (enligt metoder som beskrivs i *Handledning för litteraturöversikter*, Folkhälsomyndigheten 2017), som på analyser av tillgängliga material från enkäter och register. I denna rapport sammanfattas resultat från olika delstudier. Nedan beskriver vi uppdragets genomförande. I bilaga 1 beskrivs de datakällor som använts i flera av delstudierna: Den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor”, Undersökningarna av levnadsförhållanden, Skolbarns hälsovanor samt Socialstyrelsens patientregister över specialiserad psykiatrisk öppenvård och slutenvård. Övriga datakällor beskrivs i respektive underlagsrapport.

Ett antal frågeställningar har varit vägledande för genomförandet av uppdraget (se bilaga 1). Dessa är bl.a. kopplade till kunskap om skillnader i förekomst av psykisk hälsa mellan olika grupper i befolkningen, kunskap om bestämningsfaktorer för psykisk hälsa och kunskap om vilka konsekvenser psykisk ohälsa ger upphov till när det gäller olika livsvillkor. Frågeställningarna låg till grund för de uppdrag som Folkhälsomyndigheten initierat och genomfört i samarbete med ett antal forskargrupper, samt de analyser som Folkhälsomyndigheten har genomfört inom uppdraget (bilaga 1).

## Datakällor

I bilaga 1 beskrivs också kortfattat de datakällor och primära utfallsmått som återkommer i flera delstudier. Vid presentation av data har hänsyn tagits så att vi inte redovisar data när underlaget varit för litet, som exempelvis varit fallet för vissa diagnoser. Överlag presenteras enbart signifikanta skillnader ur de olika delstudierna.

## Uppdragets genomförande

Det övergripande syftet för genomförandet har varit att bidra till att öka kunskapen om bestämningsfaktorer för en jämlik psykisk hälsa baserat på en kombination av material. För detta formulerades ett antal frågeställningar som låg till grund för de uppdrag som lades ut vid olika lärosäten samt genomfördes vid Folkhälsomyndigheten. Under hösten 2016 och våren 2017 tecknade Folkhälsomyndigheten avtal med följande sju lärosäten där det finns forskargrupper som bedriver forskning kring jämlik hälsa:

- Ageing Research Centre (ARC), samarbete mellan Karolinska institutet och Stockholms universitet
- Centre for Health Equity Studies (CHESS) vid Stockholms universitet



- Centrum för klinisk forskning i Västerås, samarbete mellan Region Västmanland och Uppsala universitet
- Karolinska institutet
- Lunds universitet
- Umeå universitet
- Uppsala universitet

Syftet med uppdragen var att samla kunskap om de frågeställningar som är formulerade inom uppdraget. Därtill genomförde Folkhälsomyndigheten egna analyser, ibland i samarbete med andra aktörer. I bilaga 1 finns en översikt av vilka avtal och delstudier som ingått i genomförandet av uppdraget.

Vidare eftersträvades att öka samverkan mellan olika aktörer och akademiska discipliner som analyserar ojämlikhet i hälsa, och hålla en diskussion om hur ojämlikhet i psykisk hälsa kan analyseras och följas framgent. I linje med det arbete som Kommissionen för jämlik hälsa genomförde har fokus legat på sociala bestämningsfaktorer snarare än individuella psykologiska faktorer.

Det arbete som beskrivs i denna rapport har avsett att identifiera ojämlikheter i psykisk hälsa utifrån socioekonomiska grunder såsom inkomst, utbildning och yrke, och diskriminerande grunder såsom kön, födelseland och sexuell orientering, samt kombinationer av dessa. Rapporten utgår från perspektivet att minska ojämlikhet i psykisk hälsa genom att lyfta hälsan hos de som är minst gynnade, och utifrån ett fokus på sociala skillnader. Utgångspunkten är densamma som Kommissionen för jämlik hälsa lyfter i en av sina underlagsrapporter – att hälsan hos olika grupper är kopplad till den sociala fördelningen av olika villkor och möjligheter (resurser) i ett samspel som sker över hela livet.

I denna rapport sammanfattas alltså resultaten från olika analyser som syftar till att undersöka:

- Om det finns skillnader i psykisk hälsa utifrån socioekonomiska och diskriminerande grunder samt kombinationer av dessa
- Vilka bestämningsfaktorer som verkar bidra till de identifierade ojämlikheterna

Analyserna omfattar olika åldersgrupper – barn och unga, vuxna och äldre – och olika hälsoutfall som positiv psykisk hälsa, psykiska besvär, psykiatriska diagnoser och suicid.

## Resultatredovisningens disposition

I del 1 ger vi en övergripande bild av den psykiska hälsans förekomst i Sverige i dag. Vi presenterar förekomsten av både positiv psykisk hälsa, välbefinnande och psykiska besvär och psykiatriska diagnoser i olika åldersgrupper. En övergripande bild av hur livsvillkor och levnadsvanor med betydelse för psykisk hälsa är fördelade mellan de med och utan psykisk ohälsa presenteras. Dessutom redovisas livslängd bland personer med och utan psykiatrisk diagnos. Vi redovisar skillnader i psykisk ohälsa, och skillnader i livsvillkor och levnadsvanor, utifrån demografiska grunder, socioekonomiska grunder och diskrimineringsgrunder, samt utifrån kombinationer av dessa (komplex ojämlikhet), liksom hälsa och livsvillkor i vissa befolkningsgrupper. Del 1 är uppdelad enligt åldersgrupperna barn och unga, vuxna respektive äldre.

Vi går sedan vidare i del 2 med att undersöka vilka faktorer som skulle kunna förklara några av de ojämlikheter som identifierades i del 1. Här ges också en övergripande beskrivning av hur ojämlikheter i psykisk ohälsa har förändrats i Sverige över tid (de senaste 20 åren).

I del 1 och 2 redovisas både resultat och slutsatser från de ingående delstudierna. I diskussionen sammanfattas de viktigaste fynden och slutsatser dras från materialet i sin helhet. Vi relaterar dem till de nyligen antagna målområdena för folkhälsopolitiken och redovisar förslag på fortsatt arbete med uppföljning och analys.

# Del 1. Skillnader i förekomst av psykisk hälsa i Sverige

## Barns och ungas psykiska hälsa

I detta kapitel redovisas resultaten från de analyser som berör barns och ungas psykiska hälsa och livsvillkor. Först presenteras resultat från analyser om små barns psykiska hälsa utifrån en studie genomförd i Uppsala. Därefter presenteras resultat från analyser av data om skolbarns (11, 13 och 15 år) psykiska hälsa utifrån enkätundersökningen Skolbarns hälsovanor. Detta följs av resultat från analyser av hur positiv psykisk hälsa är fördelad bland svenska skolungdomar i årskurs 9 och gymnasiet år 2. Därefter redovisas fördelningen av psykisk hälsa bland unga vuxna (16–24 år), baserat på data från den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” (HLV), öppen- och slutenvårdsdata för psykiatrisk vård och data om vilka diagnoser som är vanligast i grupperna 7–17 år och 18–24 år, inklusive utvecklingen över tid. Detta följs av en presentation av livsvillkor och levnadsvanor bland unga vuxna med nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med den unga vuxna befolkningen i stort, även detta baserat på data ur HLV. Slutligen rapporteras fynd från en studie om huruvida utsatthet i barndomen har samband med psykisk sjukdom i vuxen ålder.

### Finns det skillnader i små barns psykiska hälsa?

Enligt internationell forskning har socioekonomiska faktorer stor betydelse för hälsa och välbefinnande hos barn, redan från tidig ålder. Det har däremot saknats samlad kunskap om läget i Sverige, i synnerhet när det gäller psykisk hälsa bland förskolebarn och barn upp till 12 år (33). För att öka kunskapen om ojämlikheter i psykisk hälsa bland barn 0–12 år genomfördes en kartläggande litteraturöversikt av forskargruppen Child Health and Parenting (CHAP) vid Uppsala universitet. Resultatet från litteraturöversikten (34) som framför allt inkluderar svensk forskning, tyder på att det finns skillnader i psykisk hälsa utifrån både socioekonomiska och diskriminerande grunder.

Resultaten visar vad gäller könsskillnader att pojkar hade fler och andra former av psykisk ohälsa än flickor. De uppvisade exempelvis mer neuropsykiatriska problem och externaliserande problem än flickor. Flickor däremot uppvisade större förekomst av ätstörningar och internaliserande problem såsom psykosomatiska besvär, nedstämdhet och ångest.

Baserat på litteraturöversikten identifierades flera **metodologiska svårigheter** med att mäta psykisk hälsa och ohälsa bland barn och unga. **För att överkomma dessa föreslås** att skattningsformulär med goda psykometriska egenskaper används, det kan främja valida mått på psykisk hälsa. Studier på register, med fysiologiska eller biologiska mått, är viktiga komplement för att minimera risken för bias. Longitudinella studier kan öka kunskapen om orsakssamband mellan bestämningsfaktorer och psykisk hälsa, och kvalitativa studier kan ge kunskap om föräldrars och barns egna upplevelser.

Både barnets och föräldrarnas födelse-land hade betydelse, på så sätt att födelse-land utanför Sverige eller Norden liksom icke-europeisk bakgrund samvarierar med en högre förekomst av psykisk ohälsa, jämfört med hos de barn och föräldrar som var födda i Sverige eller som hade europeisk bakgrund. Även funktionedsättning i familjen var förknippat med en högre förekomst av psykisk ohälsa bland barnen, jämfört med familjer utan funktionedsättning.

Studien om förskolebarns psykiska hälsa ingår i projektet "Fokus barn och föräldrar – en studie om 3–5-åringar i Uppsala län". Inbjudan till att delta i studien sker i samband med kallelse till årliga besök till barnavårdscentraler, vid tre, fyra och fem års ålder. I underlaget ingår åren 2013 med data från Uppsala län, och 2014 och 2015 med data från Uppsala kommun. I denna studie ingår 5 158 barn, vars psykiska hälsa skattats enligt formuläret Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) av både föräldrar och förskolepersonal.

Resultaten tyder även på skillnader i psykisk hälsa bland barn 0–12 år utifrån föräldrarnas socioekonomiska status. Exempelvis var förekomsten av psykisk ohälsa större bland barn till föräldrar som var ensamstående, var arbetslösa, hade låg utbildningsnivå, hade bristfälliga ekonomiska resurser och bodde i mer socioekonomiskt utsatta områden.

För att fördjupa kunskapen om ojämlikhet i psykisk hälsa bland de mindre barnen (3–5 år) i Sverige genomfördes en studie på psykisk hälsa hos förskolebarn i Uppsala län (se faktaruta)(34). Syftet var att undersöka sambandet mellan föräldrars sociala position och barns psykiska hälsa. Resultaten visade på skillnader utifrån både socioekonomiska grunder såsom utbildningsnivå, och diskrimineringsgrunder såsom föräldrarnas födelse-land. Resultaten från studien bekräftar resultaten från den kartläggande litteraturöversikten och internationell litteratur på området.

Mer specifikt visade resultaten att psykisk ohälsa var vanligare bland barn med föräldrar som var födda i ett annat land än Sverige eller hade låg utbildning. Psykisk ohälsa var även vanligare bland barn som bodde enbart eller mestadels med en av föräldrarna. När det gäller växelvis boende skiljde sig resultaten åt beroende på vem som rapporterat: enligt föräldrarna fanns ingen skillnad mellan gruppen barn som bodde växelvis och dem som bodde med båda sina biologiska föräldrar. Enligt förskollärrapporter var det en liten men signifikant skillnad mellan dessa två grupper, med mer psykisk ohälsa i gruppen med växelvis boende.

### Psykisk hälsa bland 11-, 13- och 15-åringar

Enkätundersökningen Skolbarns hälsovanor (HBSC) genomförs vart fjärde år bland skolelever i Sverige. Enkäten ger oss möjlighet att följa hälsa och livsvillkor bland skolelever över tid, och se hur den utvecklas i olika grupper. Tabell 1 över fördelningen av psykisk hälsa och ohälsa bland skolungdomarna baseras på undersökningsåren 2013/14 samt 2017/18, och visar att flickor rapporterar mer hälsoproblem både fysiskt och psykiskt, och lägre nivåer av allmänt välbefinnande, jämfört med pojkar. Resultaten pekar också på att det finns en social gradient i hur

bra man upplever att man har det ställt ekonomiskt i relation till andra och fördelningen av hälsa. Detta gäller både pojkar och flickor.

Födelseland har mindre betydelse för de olika hälsoutfallen, förutom för långvarig sjukdom med funktionsnedsättning som rapporteras mindre ofta bland flickor och pojkar som är födda utomlands jämfört med de som är födda i Sverige. Pojkar födda utomlands rapporterar också lägre nivåer av allmänt välbefinnande än pojkar födda i Sverige.

**Tabell 1.** Fördelning av psykisk hälsa och ohälsa för 11-, 13- och 15-åringar, antal och andelar i procent. Fördelat enligt kön, socioekonomisk status och födelseland, 2013–2014 och 2017–2018.

	Flickor		Pojkar			Pojkar			
			Ekonomisk position			Ekonomisk position			
			Bra	Medel	Inte bra	Bra	Medel	Inte bra	
<i>Hälsoutfall, andel i procent</i>	<i>n = 6 004</i>	<i>n = 5 978</i>	<i>n = 4 739</i>	<i>n = 943</i>	<i>n = 210</i>	<i>n = 4 865</i>	<i>n = 803</i>	<i>n = 162</i>	
Sämre än bra självskattad hälsa		10	6	7	18	35	5	9	23
Psykiska besvär		58	42	54	73	83	39	53	74
Psykosomatiska besvär		48	28	43	62	76	25	38	57
Allmänt välbefinnande		81	89	85	67	45	92	77	54
Långvarig sjukdom, funktionsnedsättning		23	21	22	25	30	20	22	33

*Fetstil anger att det finns en signifikant skillnad mellan jämförelsegrupperna, här kön och socioekonomisk status.*

Källa: Folkhälsomyndigheten, Skolbarns hälsovanor (HBCS)

	Flickor		Pojkar	
	Födelseland		Födelseland	
	Född i Sverige	Född utomlands	Född i Sverige	Född utomlands
<i>Hälsoutfall, andel i procent</i>	<i>n = 5 300</i>	<i>n = 685</i>	<i>n = 5 293</i>	<i>n = 657</i>
Sämre än bra självskattad hälsa	10	10	6	5
Psykiska besvär	58	58	42	42
Psykosomatiska besvär	48	47	28	28
Allmänt välbefinnande	81	79	89	85
Långvarig sjukdom, funktionsnedsättning	24	18	22	13

*Fetstil anger att det finns en signifikant skillnad mellan jämförelsegrupperna, här född i Sverige jämfört med född utomlands.*

Källa: Folkhälsomyndigheten, Skolbarns hälsovanor (HBCS)

Resultaten, utifrån de faktorer som mäts i Skolbarns hälsovanor, visar också på att det finns skäl att särskilt fokusera insatser på barn som bor enbart med en förälder, har en förälder som är långtidsarbetslös eller som har det dåligt ekonomiskt ställt, se tabell 2. Dessa barn rapporterar mindre ofta att de har socialt stöd från familj eller från vänner och lägre nivåer av allmänt välbefinnande. Barn som bor enbart med en förälder eller som har det dåligt ekonomiskt ställt rapporterar oftare skolstress och psykosomatiska besvär, jämfört med gruppen 13- och 15-åringar som helhet. Flickor och pojkar som är födda utomlands har sämre förutsättningar i vissa av de sociala och ekonomiska dimensionerna men rapporterar inte sämre hälsa än 13- och 15-åringar som helhet. De grupper av skolbarn som uppger att de har det dåligt ställt ekonomiskt rapporterar i synnerhet sämre fysisk och psykisk hälsa, och de rapporterar också sämre sociala förutsättningar jämfört med gruppen 13- och 15-åringar som helhet.

**Tabell 2.** Jämförelse mellan olika grupper av unga avseende olika riskfaktorer och hälsa, 13- och 15-åringar, 2013–14 och 2017–18.

Riskfaktorer och hälsa	Samtliga		Utrikesfödda		Bor med en förälder		Förälder arbetar inte		Ekonomiskt dåligt ställt	
	Flickor (%)	Pojkar (%)	Flickor (%)	Pojkar (%)	Flickor (%)	Pojkar (%)	Flickor (%)	Pojkar (%)	Flickor (%)	Pojkar (%)
	n=6004	n=5978	n=468	n=478	n=803	n=627	n=574	n=536	n=174	n=135
<b>Sociala relationer och skola</b>										
Socialt stöd från familj	70	73	66	69	<b>61</b>	<b>62</b>	<b>61</b>	<b>67</b>	<b>43</b>	<b>40</b>
Socialt stöd från vänner	74	59	<b>63</b>	55	69	<b>49</b>	<b>65</b>	<b>53</b>	<b>59</b>	<b>48</b>
Känner sig ensam*	54	32	49	43	59	40	64	46	70	68
Utsatt för mobbing	5	5	8	7	7	5	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>12</b>
Skolstress	54	32	<b>47</b>	31	<b>59</b>	<b>38</b>	52	32	<b>63</b>	<b>49</b>
<b>Ekonomi</b>										
FAS <i>Hög</i>	78	81	<b>59</b>	<b>56</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>39</b>	<b>34</b>	<b>11</b>	<b>10</b>
<i>Mellan</i>	57	57	<b>44</b>	<b>41</b>	55	54	<b>47</b>	<b>49</b>	<b>39</b>	<b>43</b>
<i>Låg</i>	17	16	<b>36</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>58</b>	<b>54</b>
Kan ej göra samma saker som kompisar	11	11	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>43</b>	<b>47</b>
<b>Levnadsvanor</b>										
Tränar	77	81	<b>59</b>	78	<b>70</b>	<b>70</b>	<b>63</b>	<b>73</b>	<b>60</b>	73
Alkoholkonsumtion	11	10	10	10	15	11	10	7	19	11
<b>Hälsa och mående</b>										
Sämre än god självskattad hälsa	13	7	13	5	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	8	<b>37</b>	<b>23</b>
Funktionsnedsättning	24	21	20	<b>12</b>	27	25	22	17	<b>33</b>	<b>31</b>
Psykosomatiska besvär	54	30	54	30	<b>63</b>	<b>40</b>	60	32	<b>78</b>	<b>57</b>
Högt välbefinnande	76	87	74	83	<b>65</b>	<b>80</b>	<b>66</b>	78	<b>43</b>	<b>53</b>

\*frågan om huruvida man känner sig ensam ställdes enbart 2017–2018

Fetstil anger att värdet är signifikant skilt från värdet för pojkar respektive flickor i kategorin "samtliga".

Källa: Folkhälsomyndigheten, Skolbarns hälsovanor (HBSC)

## Finns det skillnader i positiv psykisk hälsa bland skolungdomar?

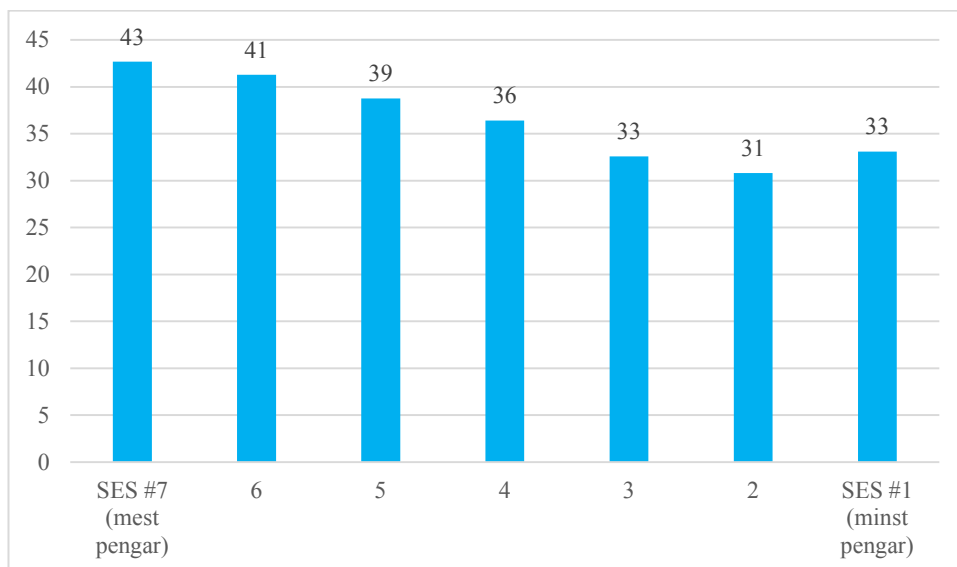
Vi riktar nu fokus mot positiv psykisk hälsa och hur den är fördelad bland skolungdomar, utifrån demografiska, socioekonomiska och diskriminerande grunder.

De som svarade på enkäten var ungdomar i årskurs 9 i grundskolan och gymnasiets år 2. Skillnaderna i psykisk hälsa studerades utifrån: socioekonomisk status (SES), kön, ålder, sexuell läggning, födelseort och förekomst av fem typer av funktionsnedsättningar.

Psykisk hälsa mättes med frågeinstrumentet Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) som innefattar samtliga tre delar av WHO:s definition av psykisk hälsa: emotionellt välbefinnande, social funktion och psykologisk funktion. Deltagandet var 78 procent 2014 och 76 procent 2017. Totalt deltog 7 637 ungdomar, varav 52 procent var flickor.

För att undersöka detta analyserades data från den återkommande enkäten Liv och hälsa ung Västmanland, undersökningsåren 2014 och 2017 (35). Resultaten visar att skolungdomar med bättre ekonomisk situation hade högre nivåer av positiv psykisk hälsa än de med sämre ekonomisk situation (figur 8).

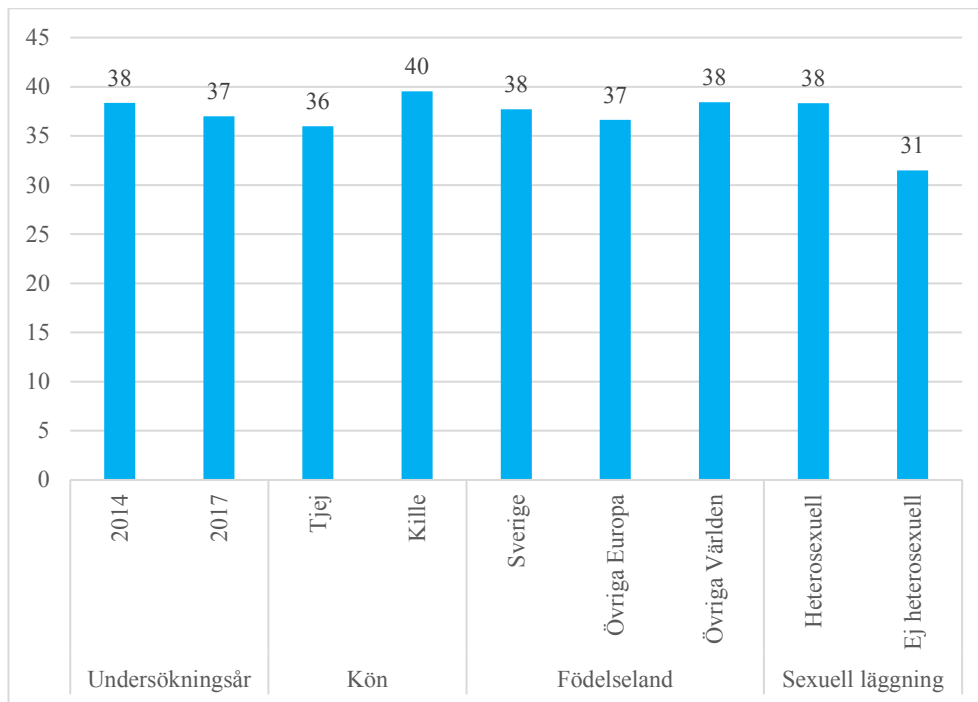
**Figur 8.** Fördelning av psykisk hälsa (MHC-SF) utifrån socioekonomisk status (SES). Ett högre värde indikerar bättre psykisk hälsa än ett lägre värde, 7 grupper.



Källa: Liv och hälsa ung Västmanland

Det fanns även andra skillnader, även om de var mindre uttalade. Exempelvis hade flickor lägre nivåer av positiv psykisk hälsa än pojkar, och icke-heterosexuella hade lägre nivåer än heterosexuella (figur 9).

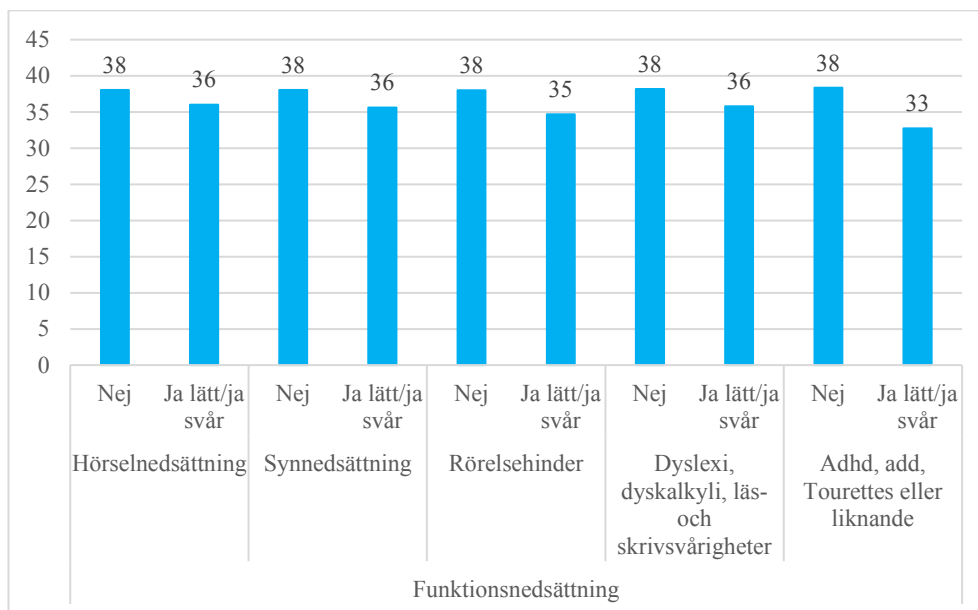
**Figur 9.** Fördelning av psykisk hälsa (MHC-SF) utifrån undersökningsår, kön och födelseland och sexuell läggning. Ett högre värde indikerar bättre psykisk hälsa än ett lägre värde.



Källa: Liv och hälsa ung Västmanland

Skolungdomar med funktionsnedsättning (här specifikt läs- och skrivsvårigheter, dvs. dyslexi eller dyskalkyli; rörelsehinder; synnedsättning; hörselnedsättning) hade 2017 också lägre nivåer av positiv psykisk hälsa än de utan (figur 10). År 2014 gick det inte att se några sådana skillnader.

**Figur 10.** Fördelning av psykisk hälsa (MHC-SF) utifrån olika former av funktionsnedsättning. Ett högre värde indikerar bättre psykisk hälsa än ett lägre värde.



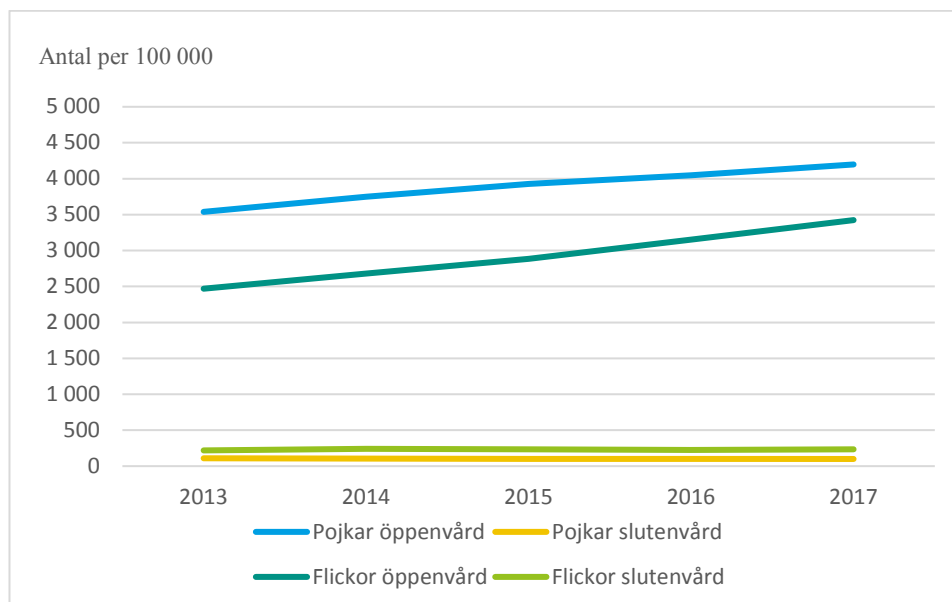
Källa: Liv och hälsa ung Västmanland



## Psykiatriska diagnoser bland barn 7–17 år

Statistiken från Socialstyrelsens patientregister rör patienter i slutenvård och i specialiserad psykiatrisk öppenvård. Här redovisas statistik rörande flickor och pojkar i åldern 7–17 år som haft minst en läkarkontakt under 2017. Även utvecklingen av andelen flickor och pojkar som fått en psykiatrisk diagnos under perioden 2013–2017 presenteras. Av figur 11 framgår att antalet slutenvårdade patienter i åldern 7–17 år per 100 000 flickor/pojkar har varit stabilt över tid, medan det har skett en ökning av antalet som har fått psykiatrisk öppenvård. Det finns en könsskillnad genom att fler flickor än pojkar får slutenvård, medan fler pojkar än flickor får öppenvård. Antalet flickor i öppenvård ökar dock mer än antalet pojkar, vilket leder till en minskad könsskillnad över tid.

**Figur 11.** Antal flickor och pojkar 7–17 år som har fått en psykiatrisk diagnos (enligt ICD-10) i psykiatrisk öppen- eller slutenvård 2013–2017. Antal per 100 000 flickor/pojkar.



Källa: Socialstyrelsens patientregister

### Vilka diagnoser får barn i psykiatri?

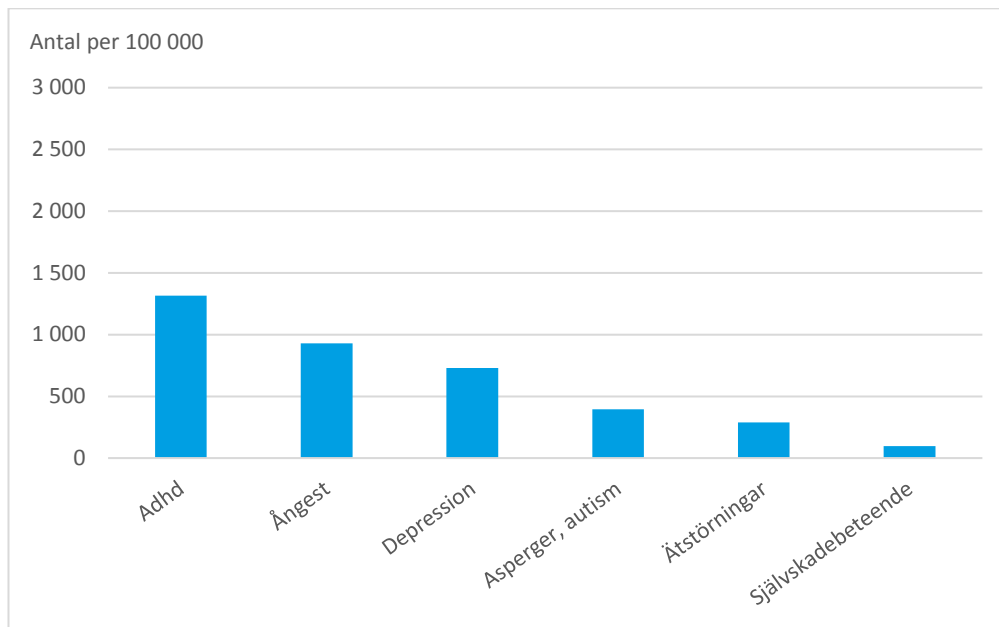
De diagnoser som barn fick i psykiatri 2017 var huvudsakligen hyperaktivitetsstörningar (F90), ångestsyndrom (F40–F43), förstämningssyndrom (F31–F33) och genomgripande utvecklingsstörning (F84). Den sistnämnda diagnosgruppen omfattar Aspergers syndrom och autism. Ångestsyndrom inkluderar t.ex. fobier, tvångssyndrom och andra ångesttillstånd.

Hyperaktivitetsstörningar rör neuropsykiatriska diagnoser såsom adhd, add och damp, medan förstämningssyndrom främst avser depression.

Både bland flickor och pojkar var adhd den vanligaste diagnosen 2017, sett till antal per 100 000 flickor/pojkar. Det är dock en betydligt fler pojkar än flickor som har fått denna diagnos. Det är även fler pojkar som har diagnostiserats med Aspergers syndrom och autism. Ångestsyndrom och depression var vanligare bland flickor än bland pojkar.

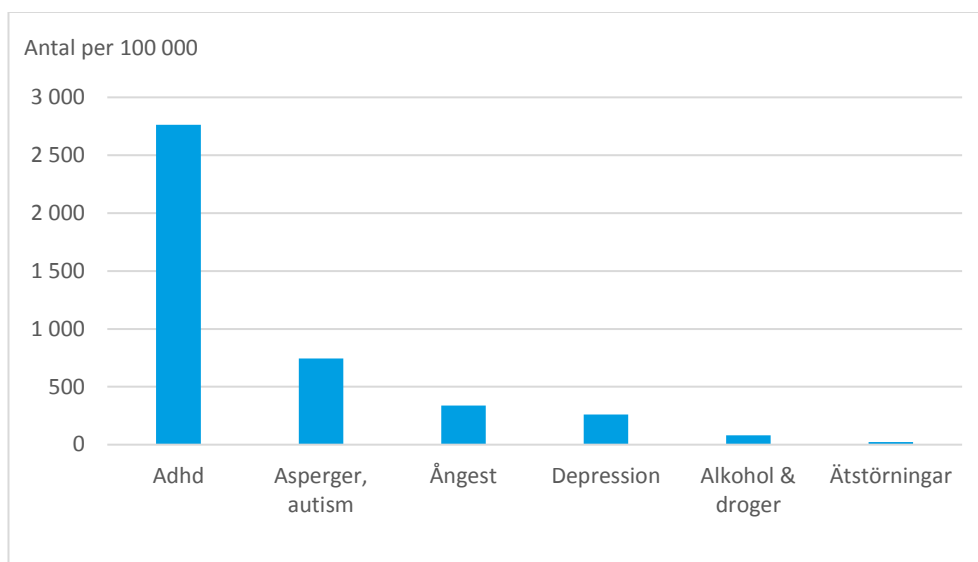
De sex vanligast förekommande diagnosgrupperna redovisas i figur 12 för flickor och i figur 13 för pojkar.

**Figur 12.** Förekomst av de sex mest förekommande psykiatriska diagnoserna (enligt ICD-10) i psykiatrisk öppen- och slutenvård 2017, flickor 7–17 år. Antal per 100 000 flickor.



Källa: Socialstyrelsens patientregister

**Figur 13.** Förekomst av de sex mest förekommande psykiatriska diagnoserna (enligt ICD-10) i psykiatrisk öppen- och slutenvård 2017, pojkar 7–17 år. Antal per 100 000 pojkar.

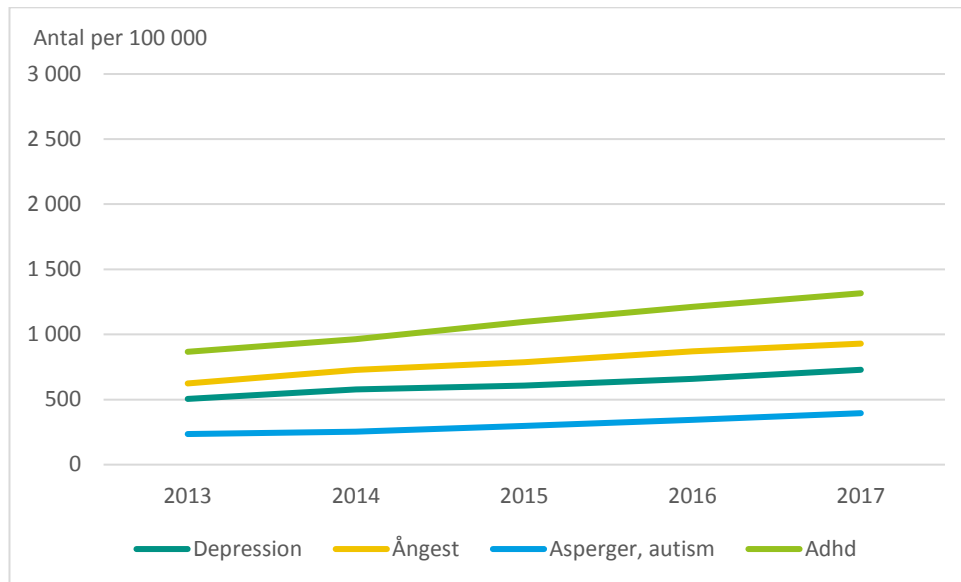


Källa: Socialstyrelsens patientregister

Under perioden 2013–2017 har flera diagnoser som adhd, Aspergers syndrom/autism, depression och ångest ökat i omfattning bland flickor (figur 14).

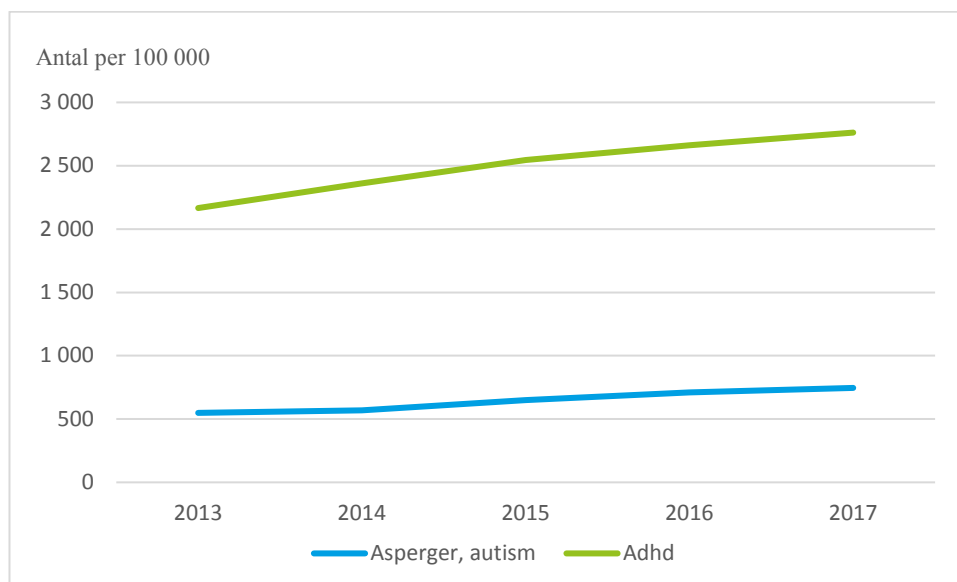
Utvecklingen har varit relativt stabil när det gäller flertalet av pojkarnas diagnoser. Undantagen är hyperaktivitetsstörningar (adhd) och Aspergers syndrom/autism, vilka har ökat över tid (figur 15).

**Figur 14.** Utveckling av de diagnoser (enligt ICD-10) i psykiatrisk öppen- och slutenvård som ökat mest bland flickor 7–17 år, 2013–2017. Antal per 100 000 flickor.



Källa: Socialstyrelsens patientregister

**Figur 15.** Utveckling av de diagnoser (enligt ICD-10) i psykiatrisk öppen- och slutenvård som ökat mest bland pojkar 7–17 år, 2013–2017. Antal per 100 000 pojkar.



Källa: Socialstyrelsens patientregister

## Skillnader i unga vuxnas psykiska hälsa

Vi har även undersökt fördelningen av psykiska besvär och psykiatriska diagnoser inom specialiserad psykiatrisk öppenvård och slutenvård bland unga vuxna, baserat på data från HLV och patientregistret. I denna åldersgrupp är det inte meningsfullt att dela in efter utbildningsnivå eftersom många ännu inte slutfört sin utbildning. Inte heller inkomst eller yrke är en relevant indelningsgrund eftersom många ännu inte etablerat sig på arbetsmarknaden. Vi saknar därför mått på socioekonomisk status. Däremot har vi undersökt om det finns skillnader i psykiska besvär och andel med psykiatriska diagnoser utifrån kön och födelse-land. Vi har även undersökt hur livsvillkor och levnadsvanor är fördelade mellan dem med respektive utan psykisk ohälsa.

### Självskattad psykisk hälsa och ohälsa

Resultaten från HLV visar att förekomsten av psykisk ohälsa är signifikant större bland unga kvinnor (alla fyra mått på psykiska besvär) och att de har en lägre förekomst av välbefinnande (WHO-5) jämfört med unga män (tabell 3). Antalet svarspersoner var för litet för att det ska gå att dela upp på svaren utifrån födelse-land.

**Tabell 3.** Självrapporterad psykisk hälsa och ohälsa bland unga kvinnor och män\*, %, 16–24 år, 2015 och 2016.

Hälsomått	Kvinnor n=696	Män n=493
	Andel (%)	Andel (%)
Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ5)	31	14
Välbefinnande (WHO-5)	65	81
Stress	31	11
Ängslan, oro, ångest	56	30
Suicidtankar	12	5

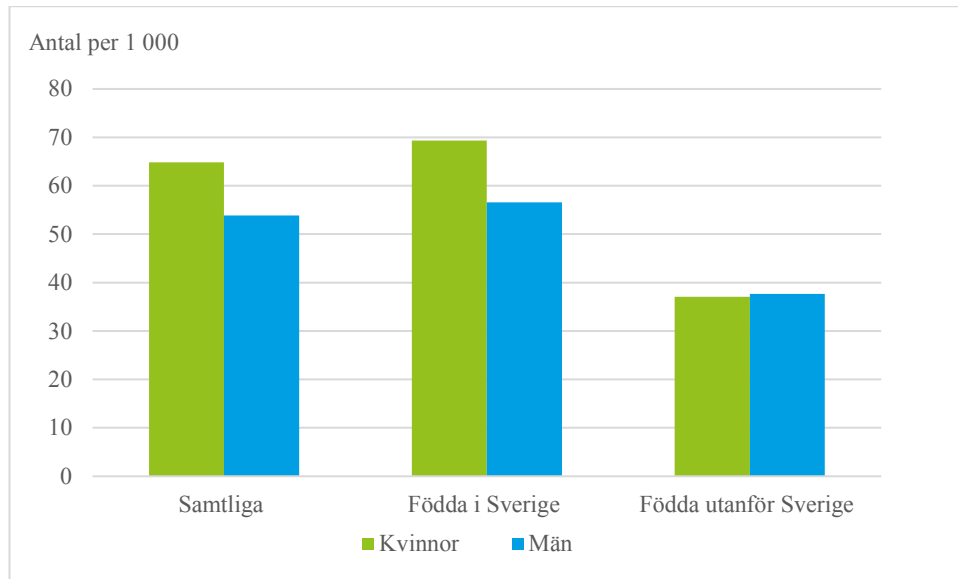
\*Samtliga skillnader mellan kvinnor och män är signifikanta

Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

### Psykiatriska diagnoser bland unga vuxna

Statistiken från Socialstyrelsens patientregister rör patienter som har träffat en läkare i slutenvård eller i specialiserad psykiatrisk öppenvård. När vi studerar förekomsten av psykiatriska diagnoser i åldersgruppen 16–24 år (figur 16) ser vi samma mönster som för de självrapporterade hälsomåtten. Siffrorna i figuren avser samtliga psykiatriska diagnoser, undantaget demenssjukdomar och intellektuell utvecklingsstörning (ICD-10: F00–F09 och F70–F79). Det är vanligare med psykiatrisk diagnos bland kvinnor än bland män, och generellt vanligare bland personer födda i Sverige jämfört med personer födda utomlands. För förekomst i olika diagnosgrupper enligt kön och födelse-land se tabell 1 i tabellbilaga.

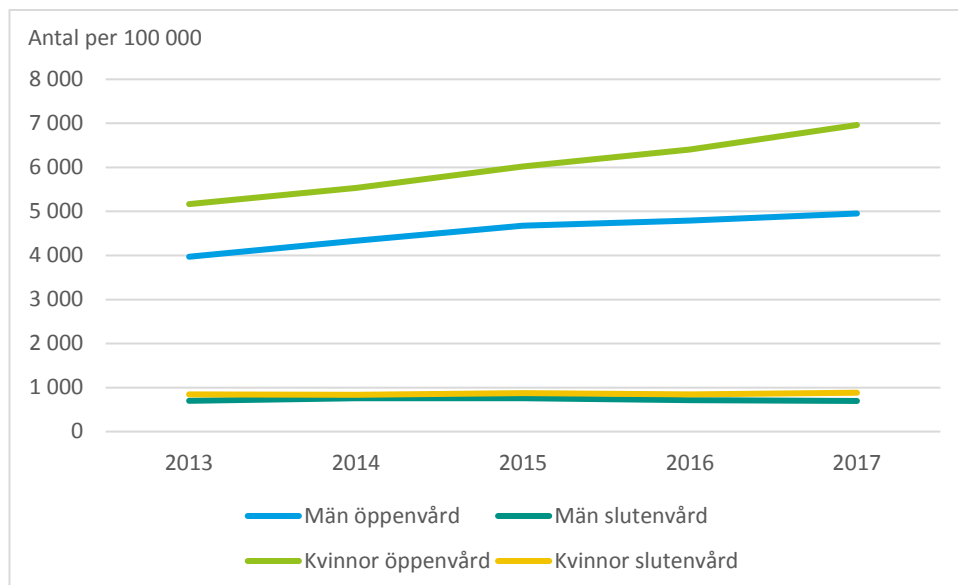
**Figur 16.** Antal kvinnor och män 16–24 år som har fått någon diagnos för psykisk sjukdom (enligt ICD-10), utifrån födelse-land, 2014. Antal per 1 000 Antal per 100 000 kvinnor/män.



Källa: Socialstyrelsens patientregister och STATIV, 2014.

Av figur 17 framgår att antalet patienter per 100 000 kvinnor/män i åldern 18–24 år som vårdats i slutenvård har varit stabilt över tid, medan det har skett en ökning av antalet som har fått psykiatrisk öppenvård. Ökningen är större bland kvinnor än bland män, och det är överlag fler kvinnor än män som har fått psykiatrisk öppenvård.

**Figur 17.** Antal kvinnor och män 18–24 år som har fått psykiatrisk öppen- eller slutenvård 2013–2017. Antal per 100 000 kvinnor/män.



Källa: Socialstyrelsens patientregister

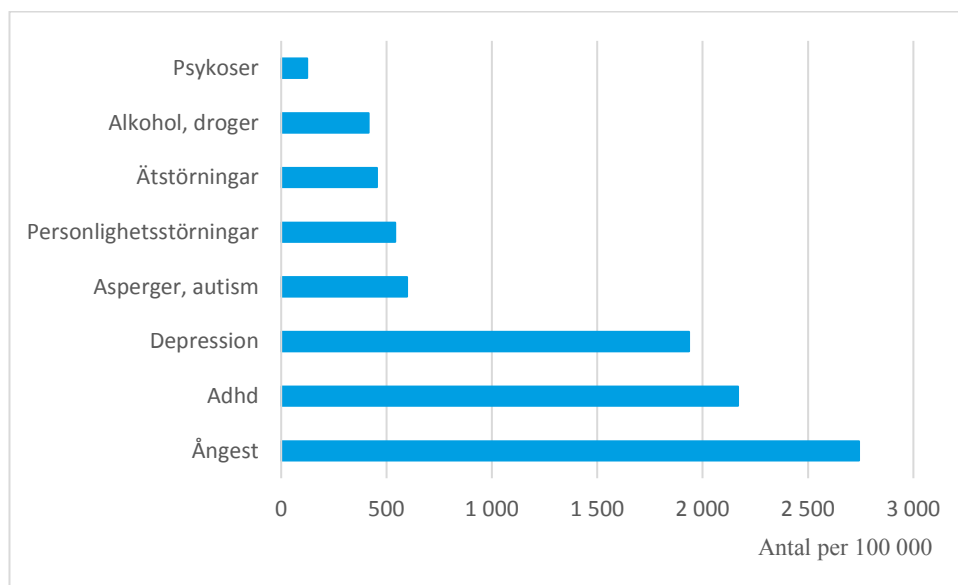
### Vilka diagnoser får unga vuxna i psykiatri?

De diagnoser som unga vuxna fick i psykiatri 2017 var huvudsakligen ångestsyndrom (F40–F43), hyperaktivitetsstörningar (F90) och förstämningssyndrom (F31–F33). Ångestsyndrom inkluderar fobier, tvångssyndrom, andra ångesttillstånd och stressrelaterad psykisk ohälsa.

Hyperaktivitetsstörningar rör bland annat neuropsykiatriska diagnoser såsom adhd, add och damp medan förstämningssyndrom främst avser depression och bipolär sjukdom.

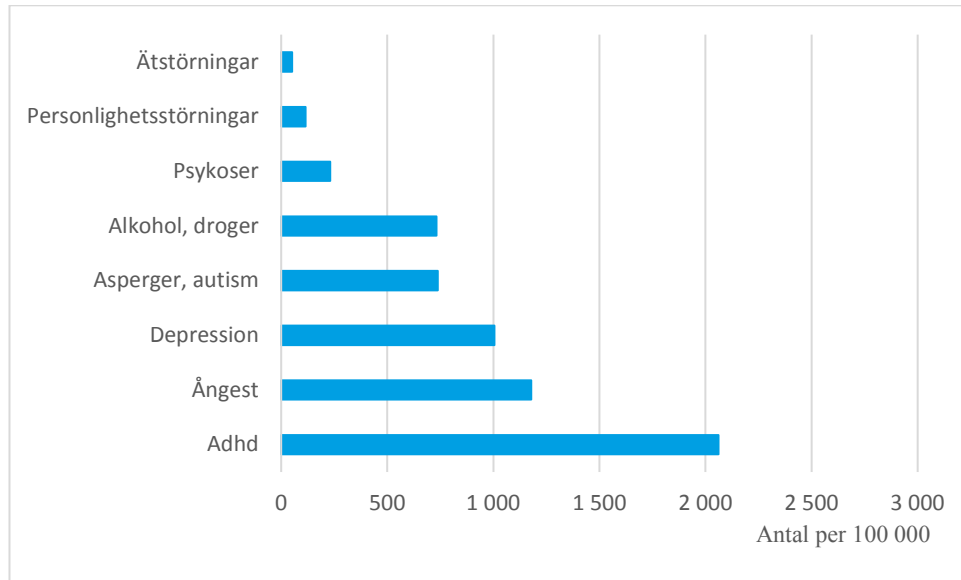
Bland unga kvinnor i åldern 18–24 år är ångestsyndrom vanligast, följt av adhd och depression (figur 18). Bland män i samma ålder är adhd den vanligaste diagnosen (figur 19). Adhd är lika vanligt förekommande bland unga kvinnor och män 2017. Unga män har högre förekomst än kvinnor när det gäller autismspektrumdiagnoser, schizofreni och diagnoser som är kopplade till alkohol och droger.

**Figur 18.** Förekomst av psykiatriska diagnoser (enligt ICD-10), kvinnor 18–24 år i psykiatrisk öppen- och slutenvård 2017. Antal per 100 000 kvinnor. Observera att förekomsten av schizofreni är lägre än de övriga sjukdomarna och framkommer därför inte i diagrammet.



Källa: Socialstyrelsens patientregister

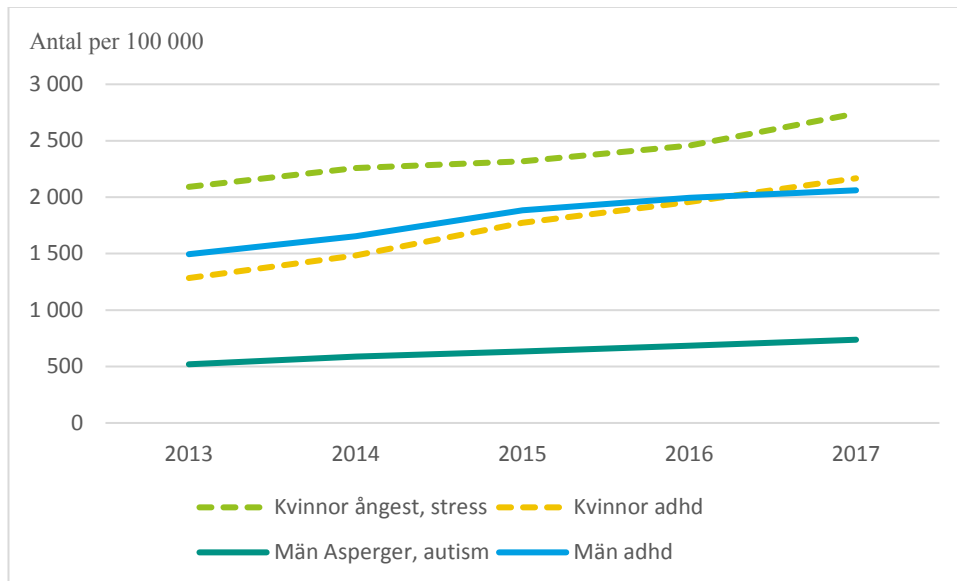
**Figur 19.** Förekomst av psykiatriska diagnoser (enligt ICD-10), män 18–24 år i psykiatrisk öppen- och slutenvård 2017. Antal per 100 000 män. Observera att förekomsten av schizofreni är lägre än de övriga sjukdomarna och framkommer därför inte i diagrammet.



Källa: Socialstyrelsens patientregister

Under perioden 2013–2017 har det skett en ökning av flera diagnoser bland kvinnor i åldern 18–24 år, men mest uttalad är ökningen av adhd där förekomsten ökat från 1 182 till 2 013 fall per 100 000 kvinnor under 2013–2017 (figur 20). Även ångestsyndrom har ökat bland unga kvinnor, från 1 946 till 2 584 fall per 100 000 invånare. Bland män i samma ålder har utvecklingen varit relativt stabil när det gäller merparten diagnoser. Ett undantag är adhd där förekomsten ökat från 1 386 till 1 933 fall per 100 000 män. Autismspektrumstörningar omfattar både autism och Aspergers syndrom och är ovanligare än adhd, men även här syns en ökning bland män över tid, från 504 till 727 fall per 100 000 män åren 2013–2017.

**Figur 20.** Utveckling av de diagnoser (enligt ICD-10) i psykiatrisk öppen- och slutenvård som ökat mest bland kvinnor och män 18–24 år, 2013–2017. Antal per 100 000 kvinnor/män.



Källa: Socialstyrelsens patientregister

### Hur skiljer sig livsvillkor och levnadsvanor mellan unga vuxna med nedsatt psykiskt välbefinnande och den unga vuxna befolkningen som helhet?

Vi såg tidigare att en betydande andel av de unga vuxna, nära en av tre unga kvinnor och en av sju av unga män, uppger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande (se tabell 3 s 44). I detta avsnitt beskrivs fördelningen av en rad faktorer som påverkar förutsättningarna för psykisk hälsa, dels sammantaget hos befolkningen 16–24 år, dels hos befolkningen 16–24 år som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande, utifrån data från HLV 2015 och 2016.

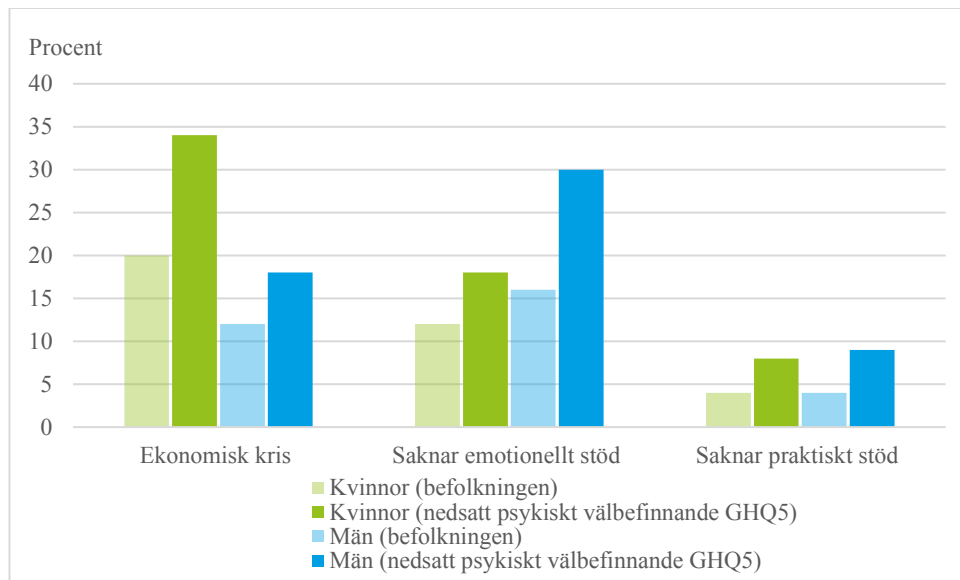
Bland de unga kvinnor som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande är det vanligare att vara homo- eller bisexuell än bland befolkningen 16–24 år som helhet (se tabell 2 i tabellbilagan). En tredjedel av kvinnorna som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande uppger även att de upplevt ekonomiska problem under det senaste året, jämfört med en femtedel av kvinnorna i samma ålder i befolkningen som helhet (figur 21). Bland män i åldern 16–24 år är de som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande i högre grad födda utanför Europa (se tabell 2 i tabellbilagan). För männen som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande är det också vanligare att bo ensam (inte bo med sambo eller barn) jämfört med befolkningen i stort.

De som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande har sämre utfall i vissa av de undersökta levnadsvanorna jämfört med befolkningen i stort. Kvinnor med nedsatt psykiskt välbefinnande är exempelvis mindre ofta aktiva, och äter oftare lite frukt och grönt jämfört med befolkningen i stort. Ett undantag är att män med nedsatt psykiskt välbefinnande mindre ofta har riskkonsumtion av alkohol. Tittar vi på sociala faktorer ser vi att det är vanligare att de med nedsatt psykiskt välbefinnande



saknar emotionellt och praktiskt stöd (figur 21) samt uppger att de inte har tillit till andra människor och har utsatts för hot, jämfört med de i samma ålder i befolkningen som helhet.

**Figur 21.** Ekonomisk kris, emotionellt stöd och praktiskt stöd i befolkningen jämfört med de med nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ5), kvinnor och män 16–24 år, 2015 och 2016.



Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

Även somatisk ohälsa är mer vanligt förekommande bland dem som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande, jämfört med personer i samma ålder i befolkningen som helhet, se tabell 4 (undantaget diabetes, och fetma bland män). Lika stor andel män som kvinnor i åldern 16–24 år, cirka 40 procent, med nedsatt psykisk hälsa rapporterar att de har sämre än god självskattad hälsa. I befolkningen 16–24 år som helhet är motsvarande andelar 21 procent bland kvinnor och 13 procent bland män.

**Tabell 4.** Somatisk hälsa i befolkningen jämfört med de med nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ5), kvinnor och män 16–24 år, 2016.

Hälsoutfall	Befolkningen		Nedsatt psykiskt välbefinnande	
	Kvinnor (%) n=2897	Män (%) n=2293	Kvinnor (%) n=726	Män (%) n=285
Svår värk	11	3	20	11
Sämre än god hälsa	21	13	39	40
Diabetes	1	1	2	0
Fetma	7	6	11	10
Funktionsnedsättning	12	12	16	21
Långvarig begränsande sjukdom	18	11	28	24

*Fetstil anger att värdena är signifikant skilda från värdena bland kvinnor/män i befolkningen.*

Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

## Finns det samband mellan utsatthet i barndomen och psykisk sjukdom i vuxen ålder?

Forskare vid Uppsala universitet och Karolinska Institutet har som en del av genomförandet av regeringsuppdraget genomfört analyser för att besvara följande fråga: Löper människor som erfårit olika typer av utsatthet i barndomen högre risk att diagnostiseras för psykisk sjukdom som vuxna (efter 30 års ålder)? (36).

Undersökningen baserades på data från nationella register (dödsorsaksregistret, patientregistret samt register från SCB och BRÅ) som användes för att analysera longitudinella samband mellan ett antal indikatorer som speglar utsatthet i barndomen och senare psykisk sjukdom. Utsatthet i barndomen mättes genom följande sex indikatorer som baserades på information från föräldrarna: dödsfall i familjen, indikation på drog- eller alkoholberoende hos förälder, indikation på psykisk sjukdom hos förälder, allvarlig kriminalitet hos förälder, ekonomisk utsatthet och multipla flyttningar. Samtliga sex indikatorer på utsatthet i barndomen medförde en ökad risk att bli diagnostiserad med psykisk sjukdom efter 30 års ålder (vård inom öppen- eller slutenvård med psykiatrisk diagnos F00–F99). Högst risk fanns bland dem vars föräldrar hade indikation på psykisk sjukdom, följt av dem som förlorat en förälder genom suicid för kvinnor och dem som har en drog- eller alkoholberoende förälder för män.

Ju fler indikatorer på utsatthet i barndomen som en person hade, desto högre var hans risk för psykisk sjukdom (se tabell 5). Personer som hade tre eller fler indikatorer på utsatthet hade mer än dubbelt så hög risk för psykisk sjukdom, och nästan fyra gånger så hög risk för att få en beroendediagnos, jämfört med dem som inte hade några sådana indikatorer.

**Tabell 5.** Risk för psykisk sjukdom efter 30 års ålder, uppdelad efter antal indikatorer på utsatthet i barndomen och kön. Relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall (KI).

Samtliga psykiatriska diagnoser	Kvinnor		Män	
	RR (95 % KI)		RR (95 % KI)	
	Modell I <sup>a</sup>	Modell II <sup>b</sup>	Modell I <sup>a</sup>	Modell II <sup>b</sup>
Inga indikatorer (ref)	1	1	1	1
1 indikator	1,5 (1,4–1,5)	1,4 (1,3–1,4)	1,6 (1,5–1,6)	1,4 (1,4–1,5)
2 indikatorer	2,0 (1,9–2,1)	1,7 (1,6–1,8)	2,4 (2,3–2,5)	1,9 (1,8–2,0)
3 eller flera indikatorer	2,7 (2,5–2,9)	2,1 (2,0–2,3)	3,1 (2,9–3,4)	2,4 (2,2–2,6)

<sup>a</sup> Justerad för födelseår

<sup>b</sup> Justerad för födelseår, högsta utbildning vid 30 års ålder, föräldrars SES och föräldrars födelseland

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister och patientregister, samt register från SCB och BRÅ.

Resultaten visade även att föräldrarnas socioekonomiska status påverkade sambandet mellan utsatthet i barndomen och senare psykisk sjukdom. Psykisk sjukdom var vanligare bland barn till ej facklärd arbetare jämfört med barn till högre tjänstemän. För män hade föräldrarnas socioekonomiska ställning (SES) något större betydelse än hos kvinnor. Bland män vilkas föräldrar var högre tjänstemän (hög SES) löpte de som hade tre eller fler indikatorer på utsatthet mer

än dubbelt så hög risk för psykisk sjukdom som de som inte hade några indikatorer på utsatthet. Bland män vilkas föräldrar var arbetare (både facklärd och inte facklärd SES) löpte de som hade tre eller fler indikatorer på utsatthet cirka 3,5 gånger högre risk att få psykisk sjukdom jämfört med de som inte hade några indikatorer på utsatthet. Risken för psykisk sjukdom var högre bland dem vars föräldrar var arbetare jämfört med dem vars föräldrar var högre tjänstemän, oavsett antal indikatorer på utsatthet.

Den egna högsta utbildningen vid 30 års ålder hade stor betydelse för risken för psykisk sjukdom efter 30 års ålder: ju högre utbildning, desto lägre risk. Män med kortare utbildning och någon av indikatorerna psykisk sjukdom hos förälder, drog- eller alkoholberoende hos förälder eller kriminalitet hos förälder, löpte mer än sex gånger högre risk att drabbas av psykisk sjukdom efter 30 års ålder, jämfört med män med längre utbildning och som var utan indikatorer för utsatthet. Generellt medförde kortare utbildning och samtliga indikatorer högre riskestimat hos män (jämfört med män med längre utbildning och inga indikatorer) än bland motsvarande grupp kvinnor.

Sammantaget visar resultaten att utsatthet i barndomen ökar risken för psykisk sjukdom i vuxen ålder. Barn som växer upp i familjer där det förekommit dödsfall, drog- eller alkoholberoende, kriminalitet, psykisk sjukdom och ekonomisk utsatthet löper en högre risk att drabbas av psykisk sjukdom efter 30 års ålder. Det är framför allt personer som växer upp i hem där flera av dessa indikatorer förekommer samtidigt som har förhöjda risker för framtida psykisk sjukdom. Psykisk sjukdom var något vanligare bland kvinnor än bland män från 30 års ålder. Låg socioekonomisk tillhörighet, både under uppväxten och som vuxen, ökar risken för senare psykisk sjukdom, oavsett antalet indikatorer.

## Vuxnas psykiska hälsa

Kunskap om hur den psykiska hälsan skiljer sig mellan olika grupper är ett viktigt första steg i en analys av ojämlikheter och deras bestämningsfaktorer. I detta kapitel redovisas resultaten från de analyser som berör den vuxna befolkningens psykiska hälsa och livsvillkor. Först presenteras den sociala fördelningen (kön, utbildningsnivå och födelseland) av olika mått på psykisk hälsa och ohälsa utifrån den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” (HLV) och patientdata. Sedan redovisas resultat från analyser om fördelning av livsvillkor och levnadsvanor bland dem med psykisk ohälsa, jämfört med befolkningen i stort. Analyser över hur olika faktorer är associerade med risken för nedsatt psykiskt välbefinnande, samt över de inkomstrelaterade ojämlikheterna i psykisk hälsa redovisas därefter. Detta följs av ett avsnitt om kombinerade sociala positioner och fördelningen av nedsatt psykiskt välbefinnande, dels genom en analys av betydelsen av olika kombinationer av positioner, dels med fokus på vissa utsatta grupper i befolkningen.

## Självskattad psykisk hälsa

Tabell 6 visar hur den självskattade psykiska hälsan och ohälsan är fördelad i befolkningen baserat på data från HLV 2016. Vi ser att kvinnor har högre förekomst av psykiska besvär i samtliga undersökta mått, jämfört med män.

Sociala skillnader i positiv psykisk hälsa är relativt obeforskat. En litteraturöversikt genomförd inom ramen för denna kunskapssammanställning visar att positiv psykisk hälsa är vanligare i gruppen med hög socioekonomisk status (SES), mätt exempelvis som inkomst, utbildning eller yrke, jämfört med den med låg SES (37). Det saknades vetenskapligt underlag för att bedöma huruvida även andra sociala skillnader förekommer, med avseende på kön, födelseland eller sexuell orientering. I HLV mäts positiv psykisk hälsa med måttet WHO-5, som är ett mått på välbefinnande. Vi ser inga större skillnader i välbefinnande utifrån utbildningsnivå, men kvinnor rapporterar lägre välbefinnande än män.

Det finns heller ingen tydlig social gradient för kvinnor med olika utbildningsnivå för något av måtten avseende psykiska besvär. Att rapportera ängslan, oro eller ångest är vanligast i gruppen med medellång utbildning, och för stress och nedsatt psykiskt välbefinnande återfinns den största ohälsan i gruppen med kort utbildning. För män har gruppen med kort utbildning sämst självskattad psykisk hälsa men skillnaderna är bara signifikanta för välbefinnande. Vad gäller födelseland ser vi att de som är födda utomlands har sämre självskattad psykisk hälsa i flera undersökta mått, jämfört med de som är födda i Sverige.

**Tabell 6.** Förekomst (%) av självrapporterad psykisk hälsa och ohälsa i Sverige, 25–64 år, enligt kön, utbildning och födelseland, ålderstandardiserade siffror, 2016.

Hälsomått	Kvinnor		Kvinnor Utbildningsnivå			Män Utbildningsnivå			Kvinnor Födelseland		Män Födelseland	
	Lång	Medel	Lång	Medel	Kort	Lång	Medel	Kort	Sverige	Utomlands	Sverige	Utomlands
Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ5)	19	<b>14</b>	19	19	<b>24</b>	14	14	18	18	<b>26</b>	12	<b>18</b>
Välbefinnande (WHO-5)	69	<b>75</b>	70	67	66	79	74	<b>65</b>	71	<b>61</b>	77	<b>67</b>
Stress	19	<b>13</b>	20	18	<b>27</b>	14	12	17	18	23	12	16
Ängslan, oro, ångest	43	<b>31</b>	41	45	42	30	31	37	41	<b>48</b>	30	34
Suicidtankar	3	2	2	4	3	2	2	5	2	4	2	2

*Fetstil anger att värdet är signifikant skilt från jämförelsegruppen (kvinnor jmf män, utbildningsnivå jmf med de övriga kategorierna inom utbildning, födelseland Sverige jmf utomlands)*

Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

## Social fördelning av diagnoser inom öppen och slutenvård

Statistiken i detta avsnitt kommer från Socialstyrelsens patientregister och avser samtliga psykiatriska diagnoser i slutenvård och i specialiserad psykiatrisk öppenvård, undantaget demenssjukdomar och intellektuell utvecklingsstörning (ICD-10: F00–F09 och 70–F79). Uppgifterna över förekomst av diagnoser i öppen-

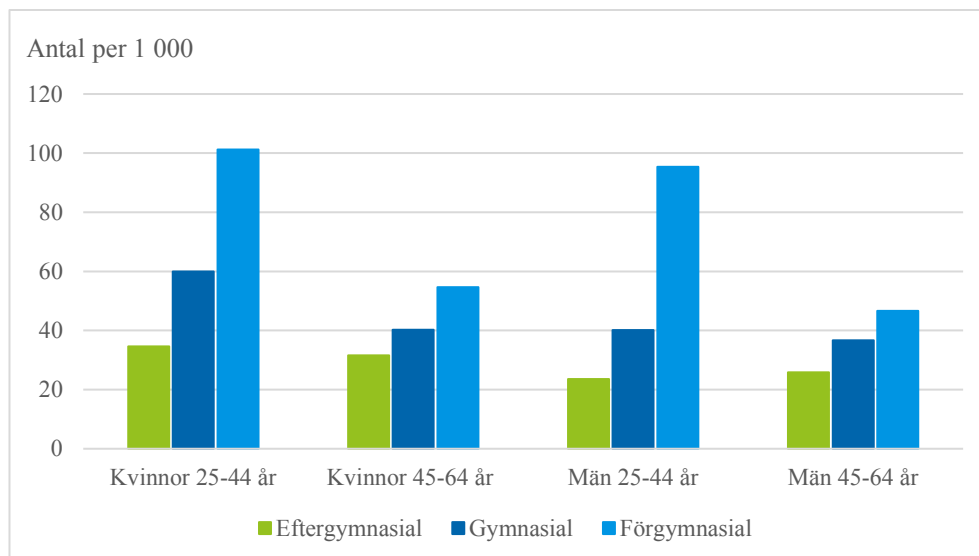
och slutenvården presenteras för åldersgrupperna 25–44 och 45–64 år eftersom det kan finnas skillnader beroende på ålder. Diagnoser för psykisk sjukdom (där samtliga diagnoser slagits samman) är vanligare bland kvinnor än män i åldersgruppen 25–44 år, medan det i åldersgruppen 45–64 år är mer lika mellan könen även om förekomsten fortfarande är något högre bland kvinnor. För förekomst i olika diagnosgrupper enligt kön, utbildningsnivå och födelseland se tabell 3 och 4 i tabellbilaga.

Tittar vi på skillnader mellan utbildningsgrupper ser vi en social gradient i alla diagnosgrupper så att de med lång utbildning har lägst antal diagnoser per 1 000 invånare för psykisk sjukdom, och de med kort utbildning högst antal (figur 22). Det finns ett undantag och det är förstämningssyndrom, dit depression och bipolär sjukdom hör, bland män 45–64 år där förekomsten är högre bland de med medellång eller lång utbildning. Generellt är de sociala skillnaderna med avseende på utbildning något mindre i den äldre åldersgruppen jämfört med den yngre.

Vi ser vidare att skillnaderna utifrån utbildningsnivå är större i de mer allvarliga diagnosgrupperna såsom psykos jämfört med exempelvis förstämningssyndrom. Bland kvinnor och män med kort utbildning är förekomsten av psykotiska tillstånd fem gånger högre i den yngre åldersgruppen (25–44 år) och tre gånger högre i den äldre (45–64 år), jämfört med personer med lång utbildning.

Även för avsiktlig självdestruktiv handling ser vi en skillnad avseende utbildningsnivå för både kvinnor och män, med högre förekomst av självdestruktiv handling bland dem med kort utbildning än bland dem med lång utbildning.

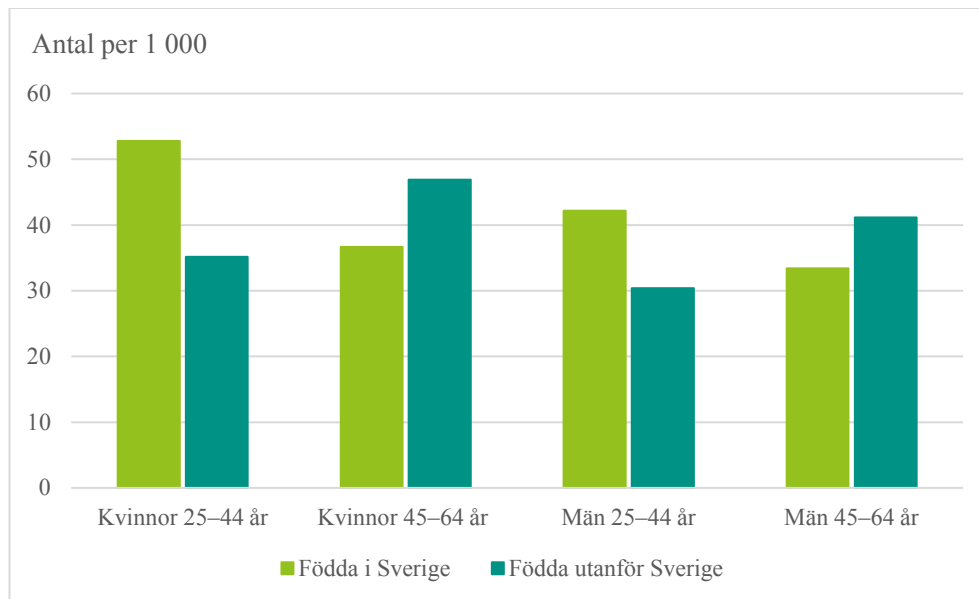
**Figur 22.** Förekomst av någon psykisk sjukdom (enligt ICD-10), kvinnor och män 25–44 år och 45–64 år utifrån utbildningsnivå, 2014.



Källa: Socialstyrelsens patientregister och STATIV.

Bland 25–44-åringar är det vanligare att såväl kvinnor som män födda i Sverige har en diagnos för psykisk sjukdom, jämfört med kvinnor som män födda utanför Sverige (figur 23). Förhållandet i åldersgruppen 45–64 år är det omvända; där är det vanligare att personer födda utanför Sverige har en diagnos för psykisk sjukdom.

**Figur 23.** Förekomst av någon psykisk sjukdom (enligt ICD-10), kvinnor och män 25–44 år och 45–64 år utifrån födelse land, 2014.



Källa: Socialstyrelsens patientregister och STATIV.

### Hälsa, livsvillkor och levnadsvanor – fördelning i befolkningen jämfört med de som har psykisk ohälsa

Personer med psykisk ohälsa riskerar sämre livsvillkor såsom ekonomiska problem och bristande arbetsmarknadsanknytning (Socialstyrelsen 2013), och det är därför viktigt att belysa villkoren för dem som rapporterar sämre psykisk hälsa. I detta avsnitt beskrivs fördelningen av en rad faktorer som påverkar förutsättningarna för fysisk och psykisk hälsa samt risken att insjukna utifrån data från den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” (HLV) 2016. Faktorerna belyser olika aspekter av de nyligen antagna målområdena för folkhälsopolitiken, och speglar här sociala och ekonomiska villkor för dem som lever med psykisk ohälsa i form av nedsatt psykiskt välbefinnande (enligt GHQ5), eller sjukskrivning på grund av psykiatrisk diagnos (någon sjukskrivning för psykiatrisk diagnos under 2016). Samtliga analyser avser åldersgruppen 25–64 år, och beskrivningen bygger på jämförelser med fördelningen av kvinnor respektive män i befolkningen i samma åldrar. För tabeller till detta avsnitt se tabellbilaga, tabeller 5-8.

### Demografiska förhållanden

Det är vanligare att rapportera nedsatt psykiskt välbefinnande bland kvinnor och män födda utanför Europa jämfört med dem som är födda i Sverige, men det är mindre vanligt att kvinnor födda utomlands är sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa. Av de som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande är det en större andel som bor ensamma av de som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande. Även de som har sjukskrivits på grund av psykiatrisk diagnos bor oftare ensamma. Runt hälften av de sjukskrivna männen bor ensamma. Bland män med nedsatt psykiskt välbefinnande bor en större andel tillsammans med barn som har funktionsnedsättning eller sjukdom, än i än i befolkningen i stort. Bland sjukskrivna kvinnor är det 27 procent som bor med ett barn med funktionsnedsättning eller som lider av någon sjukdom.

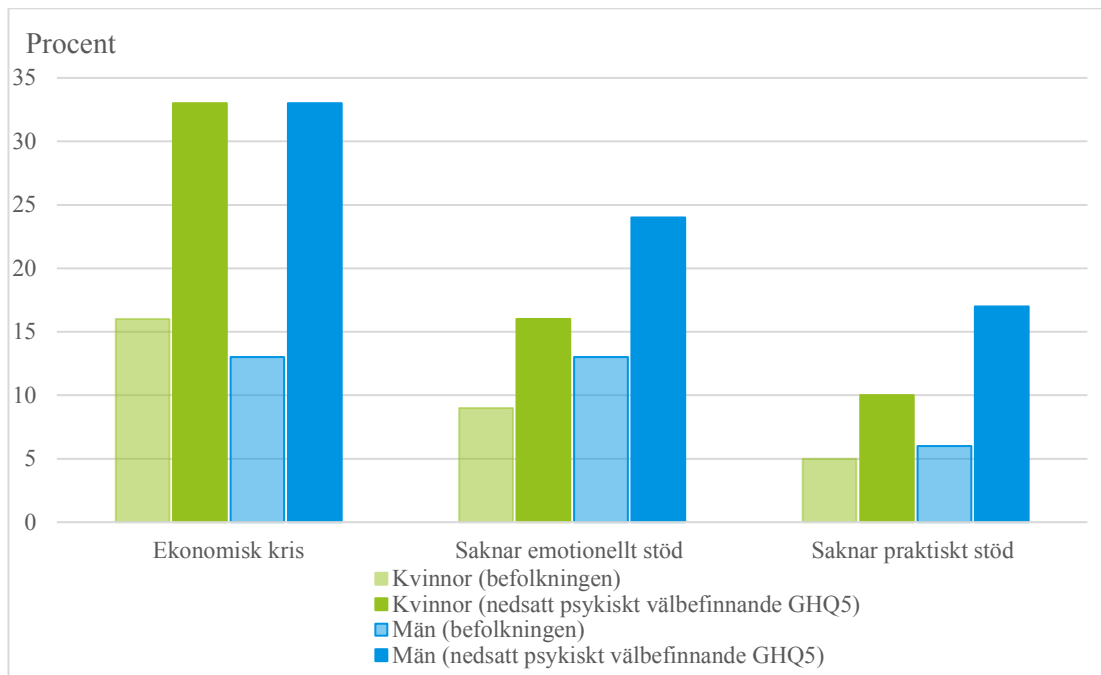
### Socioekonomi och ekonomiska förhållanden

De män som är sjukskrivna på grund av psykiatrisk diagnos har något oftare en kort utbildning jämfört med befolkningen i stort. De som har nedsatt psykiskt välbefinnande eller är sjukskrivna på grund av psykiatrisk diagnos tillhör oftare en lägre socioekonomisk grupp, än befolkningen i stort.

Över 80 procent av befolkningen yrkesarbetar, både kvinnor och män, jämfört med ungefär 70 procent i gruppen med nedsatt psykiskt välbefinnande. Andelen yrkesarbetande är ännu lägre bland dem med sjukskrivning på grund av psykiatrisk diagnos, i synnerhet bland män där 57 procent yrkesarbetar. Tittar vi på arbetslöshet är 5 procent av både kvinnor och män i befolkningen i stort arbetslösa, jämfört med 8 procent av kvinnorna med nedsatt psykiskt välbefinnande och 11 procent av männen.

Inkomsterna ser också ut att vara ojämnt fördelade mellan befolkningen i stort och de som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande. Vi ser en lägre andel personer med hög inkomst och en högre andel personer med låg inkomst bland kvinnor och män som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande eller män som är sjukskrivna på grund av psykiatrisk diagnos. Då detta är en tvärsnittsstudie kan vi inte uttala oss om vad som påverkar vad. Bland både kvinnor och män med nedsatt psykiskt välbefinnande uppger 33 procent att de upplevt problem med att klara sina löpande utgifter (ekonomisk kris), liksom 32 procent av dem som är sjukskrivna på grund av psykiatrisk diagnos (figur 24 och 25). Dessa andelar är dubbelt så höga som bland befolkningen i stort för kvinnorna och mer än dubbelt så höga för männen.

**Figur 24.** Ekonomisk kris, emotionellt stöd och praktiskt stöd i befolkningen jämfört med de med nedsatt psykiskt välbefinnande, kvinnor och män 25–64 år 2016.



Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor".

#### Trygghet och delaktighet

Både kvinnor och män med nedsatt psykiskt välbefinnande har i högre grad ett lågt socialt deltagande och saknar emotionellt och praktiskt stöd, än befolkningen i stort. Bland personer som är sjukskrivna för psykiatrisk diagnos är det främst männen som rapporterar mindre stöd och socialt deltagande. Att inte känna tillit till andra är vanligast bland män som är sjukskrivna för psykiatrisk diagnos (46 procent), jämfört med 29 procent av befolkningen i stort. Det är också vanligt att inte känna tillit till andra bland dem med nedsatt psykiskt välbefinnande, där 43 procent av både kvinnor och män ger detta svar.

#### Levnadsvanor

Ohälsosamma levnadsvanor är ofta vanligare bland dem med nedsatt psykiskt välbefinnande och med sjukskrivning för psykiatrisk diagnos. För riskkonsumtion av alkohol ser vi inga skillnader mellan de med nedsatt psykiskt välbefinnande och eller sjukskrivning för psykiatrisk diagnos jämfört med resten av befolkningen. Det är dock mindre vanligt att man är fysiskt aktiv varje vecka, och mer vanligt med ohälsosamma matvanor bland de med nedsatt psykiskt välbefinnande eller sjukskrivning för psykiatrisk diagnos jämfört med befolkningen i stort.

#### Hälsoundikatorer

Över hälften av de kvinnor och män som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande eller sjukskrivning för psykiatrisk diagnos uppger att de har sämre än god hälsa, jämfört med runt en fjärdedel i befolkningen i stort (tabell 7).



Andelen med funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom som medför nedsatt funktion är inte oväntat högst bland dem med sjukskrivning för psykiatrisk diagnos. Även fetma är mer förekommande i denna grupp, i synnerhet bland män (29 procent).

**Tabell 7.** Hälsoundikatorer i befolkningen jämfört med dem med nedsatt psykiskt välbefinnande eller med sjukskrivning för psykiatrisk diagnos, %, kvinnor och män 25–64 år, 2016.

Hälsoutfall	Befolkningen		Nedsatt psykiskt välbefinnande		Sjukskrivning psykiatrisk diagnos	
	Kvinnor n = 5 179	Män n = 4 238	Kvinnor n = 951	Män n = 544	Kvinnor n = 649	Män n = 218
Svår värk	17	11	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>19</b>
Sämlre än god hälsa	26	22	<b>57</b>	<b>55</b>	<b>51</b>	<b>57</b>
Diabetes	3	5	5	7	5	8
Fetma	15	16	<b>20</b>	19	<b>24</b>	<b>29</b>
Funktionsnedsättning	19	19	<b>31</b>	<b>34</b>	<b>37</b>	<b>48</b>
Nedsatt funktion	26	22	<b>46</b>	<b>43</b>	<b>55</b>	<b>64</b>

*Fetstil anger att värdet är signifikant skilt från jämförelsegruppen det vill säga män respektive kvinnor i befolkningen.*

Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

#### Betydelse av vissa livsvillkor för nedsatt psykiskt välbefinnande

Med hjälp av regressionsanalyser studerades betydelsen av några av de sociala bestämmningsfaktorer (födelseland, sysselsättning, ekonomisk situation, social situation samt levnadsvanor), som visat sig ha samband med psykiskt välbefinnande, baserat på sammanslagna data från HLV 2013–2015. I regressionsanalyser som skattade risken för nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12) justerade vi för bakgrundsfaktorer, socioekonomisk status, sociala faktorer och levnadsvanor. Då detta är baserat på tvärsnittsdata kan vi inte uttala oss om orsakssamband, men samtliga studerade faktorer (utom födelseland) har samband med nedsatt psykiskt välbefinnande, och upplevd ekonomisk kris (OR 2,42) har särskild betydelse för kvinnors risk för nedsatt psykiskt välbefinnande (tabell 8). För män var resultaten likartade de för kvinnorna, men att inte förvärvsarbeta var mest betydelsefullt för risken att rapportera nedsatt psykiskt välbefinnande (OR 2,67).

**Tabell 8.** Oddskvoter (OR) med 95 % konfidensintervall (KI) för nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12) justerat för möjliga mediatorer, kvinnor 25–64 år, 2013–2015.

Kvinnor		Oddskvoter*	Konfidensintervall
		(OR)	(KI)
Ålder	25–34 år vs.	<b>1,40</b>	1,23–1,59
	35–64 år	Ref.	
Utbildning	Lång	Ref.	
	Kort	<b>0,75</b>	0,60–0,94
Utbildning	Lång	Ref.	
	Medel	0,90	0,81–1,01
Utrikesfödd		0,96	0,82–1,12
Ej anställd		<b>2,07</b>	1,81–2,37
Ekonomisk kris		<b>2,42</b>	2,11–2,77
Ej socialt stöd		<b>2,01</b>	1,69–2,41
Ej praktiskt stöd		<b>1,96</b>	1,54–2,48
Stillasittande		<b>1,40</b>	1,20–1,65

\* Statistiskt signifikanta värden är markerade med fet stil

Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

### Dödlighet bland personer som slutenvårdats för psykos och depression

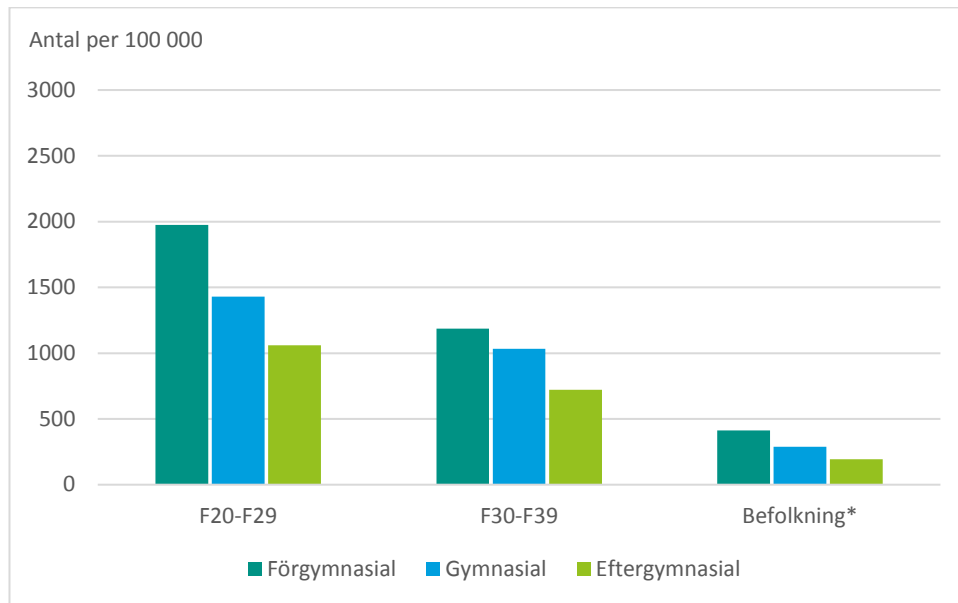
Medellivslängden har inte ökat på samma sätt som i övriga befolkningen bland de som har en psykiatrisk diagnos. Det finns flera möjliga förklaringar. En är skillnader i livsvillkor och levnadsförhållanden. Andra förklaringar relaterar till vård. Bland annat riskerar personer med psykisk sjukdom som har samtidiga kroppsliga sjukdomar att få bristfällig behandling och därmed sämre hälsa och kortare livslängd (38). Det kan också finnas skillnader i följsamhet till behandling mellan de som vårdats för psykiatrisk diagnos och de som inte gjort det. Det finns därför anledning att studera hur dödligheten ser ut bland personer som vårdats för psykiatriska diagnoser jämfört med de som inte har det.

Med hjälp av data från Socialstyrelsens patientregisters slutenvårdsdel, befolkningsregistret från Statistiska centralbyrån (SCB) och utbildningsregistret beräknades ålderstandardiserade dödstal för att undersöka a) om personer som slutenvårdats inom psykiatri dör tidigare än andra, och b) om det finns socioekonomiska skillnader i denna dödlighet. Uppgifter om slutenvård hämtades för åren 2002–2006. Population och uppgift om dödsfall och utvandringar hämtades för den 31 december 2006 och för uppföljningsåren 2007–2016. Kohorten var 25–64 år vid studiens start och 30–69 år vid uppföljningens slut.

Vi valde två diagnosgrupper inom psykiatrisk slutenvård: de som vårdats för psykos (F20–F29) och de som vårdats för depression (F30–F39), och jämförde med personer som inte slutenvårdats för någon psykiatrisk diagnos. Vi ser att det finns en högre dödlighet bland de som vårdats i psykiatrisk slutenvård jämfört med de som inte slutenvårdats för någon psykiatrisk diagnos, och den är vidare högre för diagnoser rörande psykos än för diagnoser rörande depression. Män har en högre

dödlighet än kvinnor. Inom varje diagnosgrupp finns också tydliga skillnader mellan olika utbildningsgrupper, för både kvinnor och män (figur 25–26). Figuren baseras på samtliga dödsorsaker, men mönstret är liknande även om så kallade yttre dödsorsaker (dödsfall orsakade av våld, olyckor och suicid) exkluderas.

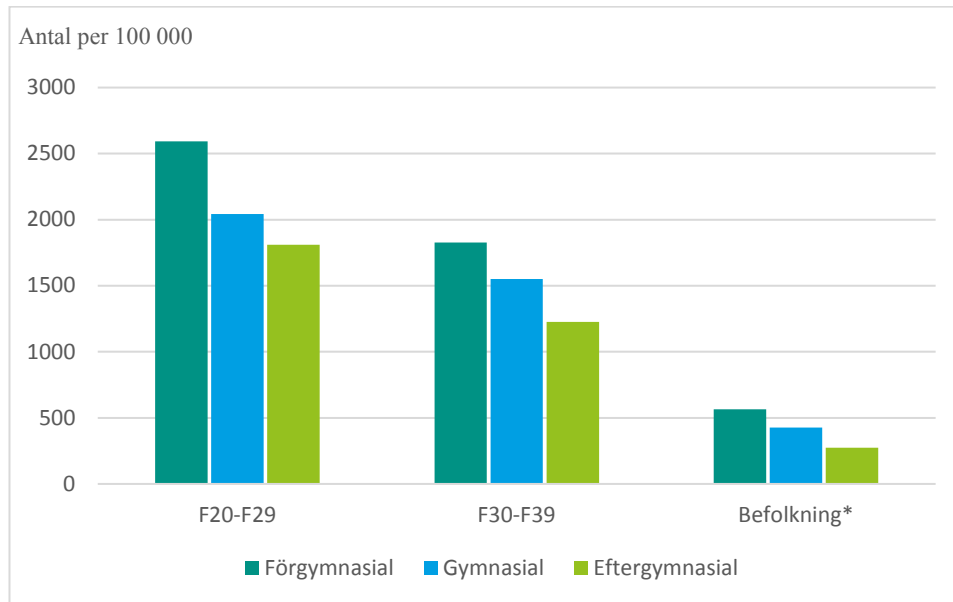
**Figur 25.** Antal dödsfall per 100 000 invånare bland kvinnor i olika utbildningsgrupper som slutenvårdats för psykos (F20–F29), eller depressioner (F30–F39), jämfört med den del av befolkningen som inte har fått psykiatrisk slutenvård (F00–F99). Åldersstandardiserade dödstal.



\*Befolkningen utom de som slutenvårdats för psykiatriska diagnoser (F00-F99). Dödstalen som redovisas är samtliga dödsorsaker, även skador.

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister och SCB

**Figur 26.** Antal dödsfall per 100 000 invånare bland män i olika utbildningsgrupper som slutenvårdats för psykoser (F20–F29), eller depressioner (F30–F39), jämfört med den del av befolkningen som inte har fått psykiatrisk slutenvård (F00–F99). Åldersstandardiserade dödstal.



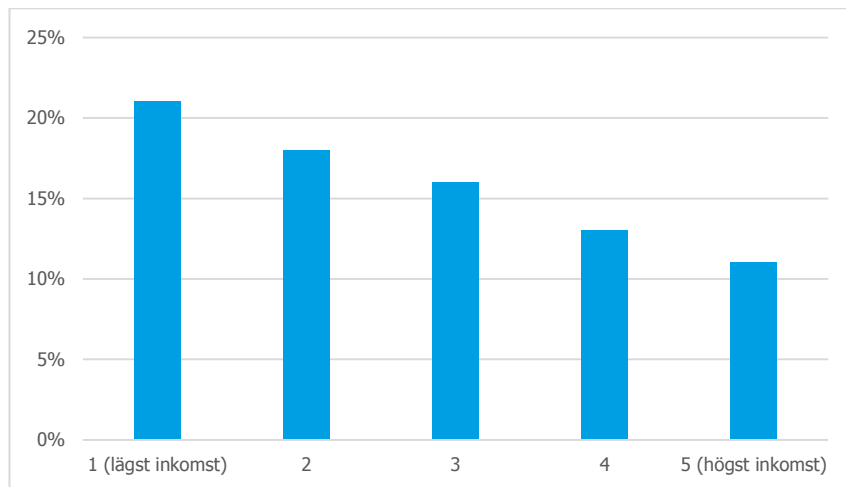
\*Befolkningen utom de som slutenvårdats för psykiatriska diagnoser (F00-F99). Dödstalen som redovisas är samtliga dödsorsaker, även skador.

Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister och SCB

### Inkomstrelaterad ojämlikhet i psykisk ohälsa

Vi flyttar nu fokus till inkomstrelaterad ojämlikhet i psykisk ohälsa för att se om psykisk hälsa är ojämnt fördelad utifrån inkomstnivå. Figur 27 visar hur nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12) är fördelat över olika inkomstkventiler, vilket betyder att befolkningen är uppdelad efter inkomstnivå i fem grupper. Vi ser en tydlig gradient i psykisk ohälsa över inkomstgrupper. Förekomsten av nedsatt psykiskt välbefinnande är högst bland den femtedel med lägst inkomst och lägst bland den femtedel med högst inkomst i befolkningen.

**Figur 27.** Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12) enligt inkomstkventiler, 16–84 år, 2010–2015.



Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

Inkomstrelaterad ojämlikhet i psykisk ohälsa studerades över tid med hjälp av data från Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) och the Swedish Interdisciplinary Panel (SIP). Studien genomfördes av forskare vid Lunds universitet. Både självrapporterade mått på psykisk ohälsa i form av självrapporterad ångslan, oro eller ångest (både lätt och svår), och psykiatriska diagnoser inom öppen- och slutenvården samt suicid analyserades för åldrarna 31–64 år (39). Vanligtvis brukar inte suicid inkluderas i psykisk ohälsa eftersom det inte en psykisk sjukdom enligt ICD-10. De flesta personer som begår suicid är dock deprimerade och därför brukar förekomsten av suicid diskuteras i samband med psykisk ohälsa. I studien har forskarna analyserat relativa skillnader (proportioner) i inkomstrelaterad ojämlikhet för de olika måtten på psykisk ohälsa, mätt med relativt koncentrationsindex (RCI), samt absoluta skillnader (magnituder), mätt med absolut koncentrationsindex (ACI). Inkomst är mätt som familjens disponibla inkomst.

Kortfattat kan ett koncentrationsindex här sägas spegla om det utfall för psykisk ohälsa som studeras är koncentrerat bland de med hög eller låg disponibel inkomst. Ett värde på 0 innebär att det inte finns någon ojämlikhet, medan ett värde på -1 betyder att samtliga fall av psykisk ohälsa är koncentrerade till de med låg disponibel inkomst. Ju närmare -1 ett värde är, desto större ojämlikhet.

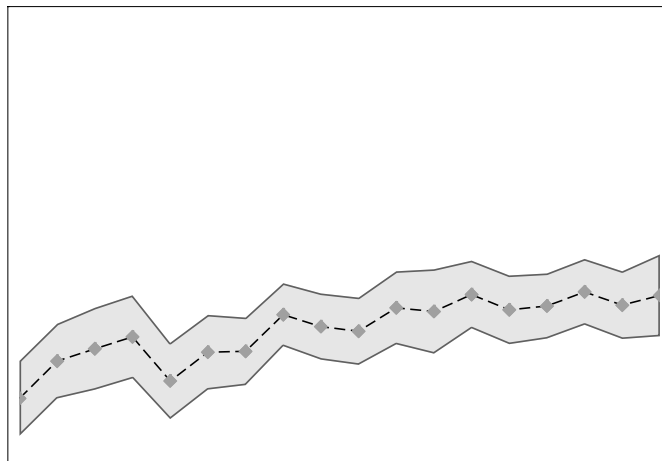
Resultaten visar att socioekonomisk ojämlikhet i psykisk ohälsa är av betydande storlek i Sverige. Detta speglas i en högre förekomst av psykisk ohälsa i gruppen med lägre disponibla hushållsinkomster jämfört med gruppen med högre disponibla hushållsinkomster.

Vi kan se att den inkomstrelaterade ojämlikheten har ökat över tid för alla mått på psykisk ohälsa som studerades (figur 28–31). Inkomstrelaterad ojämlikhet i självrapporterad ångest tredubblades under studieperioden, från ett relativt lågt koncentrationsindex (RCI) på -0,06 år 1994 till -0,18 år 2011. Ojämlikheten i självrapporterad ångest var trots denna ökning fortfarande lägre än för de andra

indikatorerna för psykisk ohälsa. Inkomstrelaterad ojämlikhet i suicid fördubblades från RCI -0,11 år 1994 till RCI -0,22 år 2011. För psykiatriska diagnoser ökade ojämlikheterna med ungefär hälften under samma period. Inom slutenvården ökade RCI från -0,26 år 1994 till -0,39 år 2011, och inom öppenvården ökade RCI från -0,21 år 2001 till -0,33 år 2011.

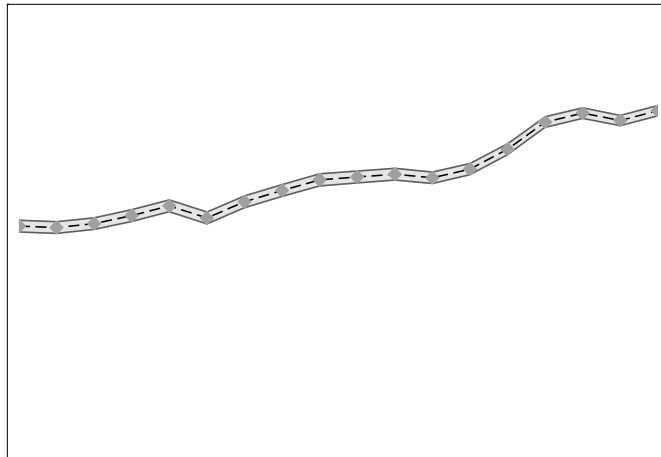
Resultaten tyder på att de inkomstrelaterade ojämlikheterna i psykiatriska diagnoser är större än för självrapporterad ångest och suicid. Absoluta inkomstrelaterade ojämlikheter (mätt med ACI) ökade också för alla indikatorer för psykisk ohälsa över studieperioden. Dessutom kan vi se att de absoluta ojämlikheterna i självrapporterad ångest och psykiatriska diagnoser inom slutenvården ökade mer än de faktiska ökningarna i prevalens. Således har självrapporterad ångest och psykiatriska diagnoser inom slutenvården ökat i den fattigare delen av befolkningen och minskat i den rikare delen, vilket innebär att den inkomstrelaterade ojämlikheten i psykisk ohälsa har ökat. Analyserna visade att år 2011 stod den fattigaste femtedelen av befolkningen för mer än 30 procent av alla suicid och självrapporterade fall av ångest, samt hälften av alla psykiatriska diagnoser.

**Figur 28.** Koncentrationsindex (0 = total jämlikhet, -1 = total ojämlikhet) över tid (2001–2011) för inkomstrelaterad ojämlikhet i självrapporterad ångest bland vuxna 31–64 år. Notera att y-axeln är uppochnedvänd och att ett lägre koncentrationsindex betyder större ojämlikhet. Konfidenzintervallet (95 %) illustreras genom den skuggade bakgrunden.



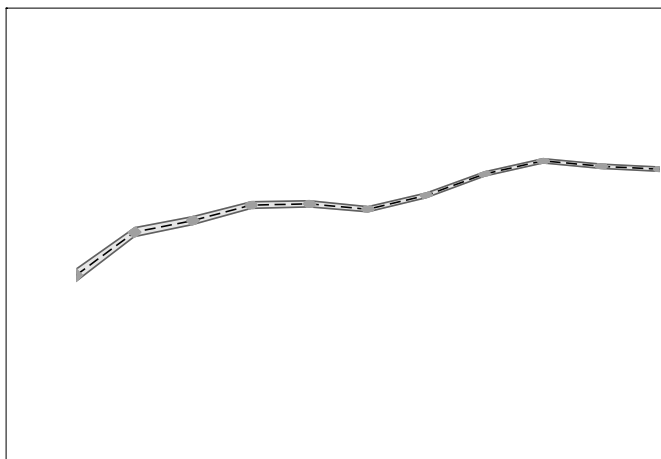
Källa: ULF

**Figur 29.** Koncentrationsindex (0 = total jämlikhet, -1 = total ojämlikhet) över tid (2001–2011) för inkomstrelaterad ojämlikhet i psykiatrisk slutenvårdsdiagnos bland vuxna 31–64 år. Notera att y-axeln är uppochnedvänd och att ett lägre koncentrationsindex betyder större ojämlikhet. Konfidentsintervallet (95 %) illustreras genom den skuggade bakgrunden.



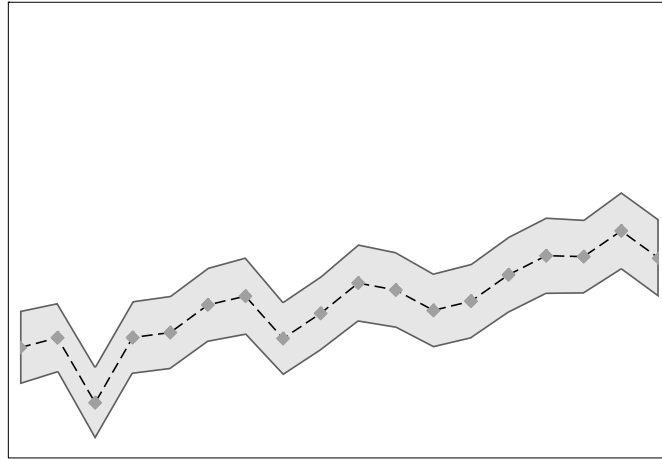
Källa: SIP

**Figur 30.** Koncentrationsindex (0 = total jämlikhet, -1 = total ojämlikhet) över tid (1994–2011) för inkomstrelaterad ojämlikhet i psykiatrisk öppenvårdsdiagnos bland vuxna 31–64 år. Notera att y-axeln är uppochnedvänd och att ett lägre koncentrationsindex betyder större ojämlikhet. Konfidentsintervallet (95 %) illustreras genom den skuggade bakgrunden.



Källa: SIP

**Figur 31.** Koncentrationsindex (0 = total jämlikhet, -1 = total ojämlikhet) över tid (1994–2011) för inkomstrelaterad ojämlikhet i suicid bland vuxna 31–64 år. Notera att y-axeln är uppochnedvänd och att ett lägre koncentrationsindex betyder större ojämlikhet. Konfidenstervall (95 %) illustreras genom den skuggade bakgrunden.



Källa: SIP

#### Har val av socioekonomisk indikator betydelse?

Studien om inkomstrelaterade ojämlikheter i psykisk ohälsa analyserade även om resultaten påverkades av vilken rankningsvariabel som användes för socioekonomi (det vill säga inkomst, utbildning eller individens mammas eller pappas utbildning). Det visade sig att huruvida ojämlikheter framträdde och hur stora de var berodde på vilken socioekonomisk indikator som valdes som indelningsgrund. Ojämlikheten i psykisk ohälsa var störst när familjens disponibla inkomst användes, men den var lägre när individens utbildning användes och ännu lägre när individens mammas eller pappas utbildningsnivå användes. Hur mycket det skiljde berodde också på vilket mått på psykisk ohälsa som observerades. För självrapporterad ångest skiljde sig inte ojämlikheternas storlek så mycket åt mellan de socioekonomiska indikatorerna. För psykiatriska diagnoser (både öppen- och slutenvård) var skillnaderna större. För suicid var ojämlikheterna utifrån familjens inkomst och individens utbildning ungefär av samma storlek, men större än ojämlikhet mätt utifrån mammas eller pappans utbildning.

#### Kombinerade sociala positioner och ojämlikhet i psykiska ohälsa

I detta avsnitt granskar vi nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån kombinerade sociala positioner. Vi undersöker fördelningen utifrån både socioekonomiska grunder såsom inkomst, utbildning och yrke, och diskriminerande grunder såsom kön, födelseland och sexuell orientering, samt kombinationer av dessa.



Avsnittet inleds med en redovisning av fynden från en kartläggande litteraturöversikt (40) följt av en empirisk studie som är baserad på data från den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” (HLV) sammantaget för åren 2010–2015 (41) om komplex ojämlikhet, dvs. hur nedsatt psykiskt välbefinnande är fördelat över kombinerade sociala positioner.

**Kombinerade sociala positioner** syftar på en social position som satts samman av två olika sociala positioner, t.ex. kombinationen av att vara kvinna och låginkomsttagare. Detta studeras exempelvis inom forskning om intersektionalitet. Intersektionalitetsteori används för att förstå olika gruppers sociala utsatthet; det är både ett teoretiskt begrepp och en analys av samspelet mellan olika maktsymmetrier som definierats utifrån olika sociala positioner (indelningsgrunder).

Komplexa ojämlikheter – hur samverkar socioekonomiska och diskriminerande grunder?

Ojämlikhet i psykiska besvär kan förstås utifrån ett perspektiv där man kombinerar flera olika sociala positioner. Vi besitter alla en mängd olika roller och positioner som relaterar till både vår sociala och vår ekonomiska situation (exempelvis kön, födelseland, familjesituation, arbete, utbildning), och dessa är relaterade till vår position i samhället, våra livsvillkor och levnadsvanor och vår hälsa. Vi har här valt att kalla analyser som kombinerar flera sociala positioner för komplexa, och ojämlikheterna som resulterar av dem för komplexa ojämlikheter. Detta ska då jämföras med att studera och jämföra hälsan hos olika grupper utifrån enbart en position (eller indelningsgrund) såsom utbildningsnivå eller kön. Ojämlikhet utifrån studiet av en indelningsgrund har vi kallat enkla ojämlikheter.

En kartläggande litteraturöversikt genomfördes av forskare vid Umeå universitet för att utforska och väga samman den vetenskapliga litteraturen om komplexa ojämlikheter i psykisk ohälsa (40). Översikten avgränsades till vuxna och kombinationer av kön, socioekonomi, sexuell orientering, religion och födelseland.

Totalt inkluderades 17 artiklar för utforskning och sammanvägning. De komplexa sociala positioner som identifierades var: födelseland och kön; födelseland och socioekonomi; socioekonomi och kön; födelseland, kön och socioekonomi; sexuell orientering och kön; socioekonomi och övrigt.

Den operationalisering av komplex ojämlikhet som förekom i högst utsträckning i litteraturen var den överskjutande, dvs. den ojämlikhet som överskrider vad som förväntas utifrån enskilda sociala positioner. De enskilda studierna visade att den överskjutande komplexa ojämlikheten oftast var förstärkande. Det innebär att den totala ojämlikheten var större än vad som skulle framkommit av att endast beakta separata sociala positioner, och inte deras kombination.

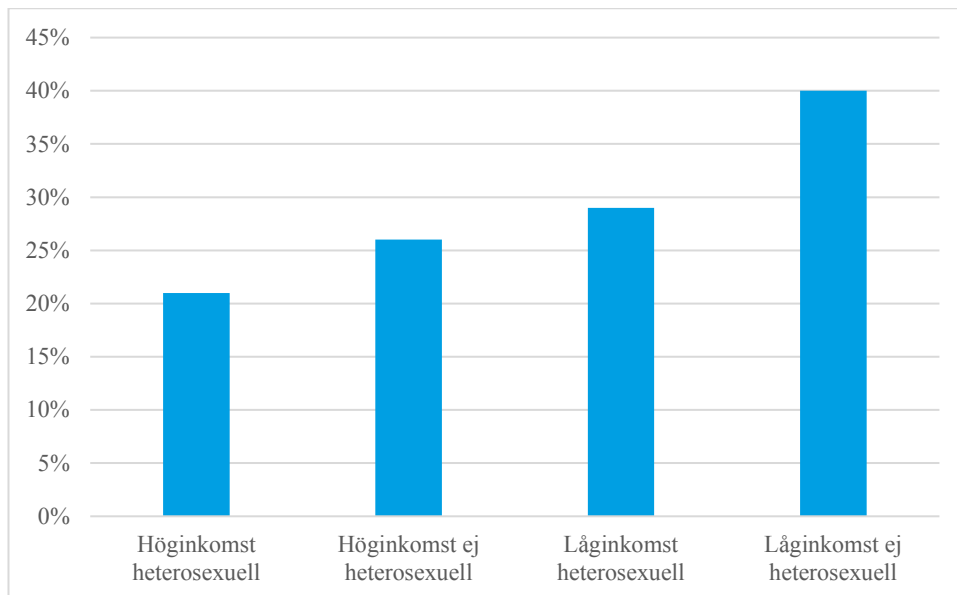
Författarna av översikten finner att forskningen fortfarande är mycket begränsad vad gäller komplexa ojämlikheter i psykisk ohälsa. Samtidigt belyser de enskilda studierna värdet av att analysera komplexa ojämlikheter samt att ojämlikhet ur ett intersektionellt perspektiv visar upp det dynamiska och föränderliga och att ojämlikheter varierar beroende på sammanhang.

Baserat på fynden från den kartläggande litteraturöversikten genomfördes analyser av komplexa ojämlikheter på svenska befolkningsdata (41). Specifikt undersöktes komplexa ojämlikheter utifrån parvisa kombinationer av kön, inkomst, utbildning, yrkesklass, födelseland och sexuell orientering. Materialet som användes var sex årgångar (2010–2015) av enkäten HLV. Endast svaren från vuxna 26–84 år användes. Nedsatt psykiskt välbefinnande mättes med skattningsskalan General Health Questionnaire-12 (GHQ12) som mäter olika symtom på psykisk ohälsa.

I analysen definierades sociala positioner utifrån kön (man eller kvinna), inkomst (hög eller låg), utbildning (hög eller låg), yrkesklass (tjänsteman eller arbetare), födelseland (född i Sverige eller utrikes) och sexuell orientering (heterosexuell eller inte). Den förstnämnda gruppen i varje social position är den som rapporterar lägst andel med nedsatt psykiskt välbefinnande och betecknas med ”+” (t.ex. man), och den andra gruppen med ”-” (t.ex. kvinna). Vi såg att vissa kombinationer av sociala positioner förstärkte ojämlikheten i nedsatt psykiskt välbefinnande. Detta betyder att den komplexa ojämlikheten i vissa fall var större än vad vi kunde förvänta oss utifrån de enkla ojämlikheterna var för sig. På liknande sätt var det vissa kombinationer som dämpade varandra. Det betyder att den komplexa ojämlikheten blev mindre än vad vi kunde förvänta oss utifrån de enkla ojämlikheterna var för sig (Tabell 9, tabellbilaga).

Den största skillnaden i psykisk ohälsa som framkom var mellan gruppen heterosexuella med hög inkomst och gruppen icke-heterosexuella med låg inkomst. Skillnaden i nedsatt psykiskt välbefinnande var 20 procentenheter, till nackdel för gruppen icke-heterosexuella med låg inkomst. Vi kunde även se att en fjärdedel av den skillnaden kom från den förstärkande effekten som kombinationen icke-heterosexuell och låg inkomst hade. Det betyder att den kombinerade sociala positionen av låg inkomst och icke-heterosexuell hade 5 procentenheter mer nedsatt psykiskt välbefinnande än om inkomst och sexuell orientering analyserats separat och sedan adderats. Fördelningen presenteras i figur 32. Fördelningen av nedsatt psykiskt välbefinnande över alla kombinerade sociala positioner rapporteras i tabell 10 i tabellbilagan.

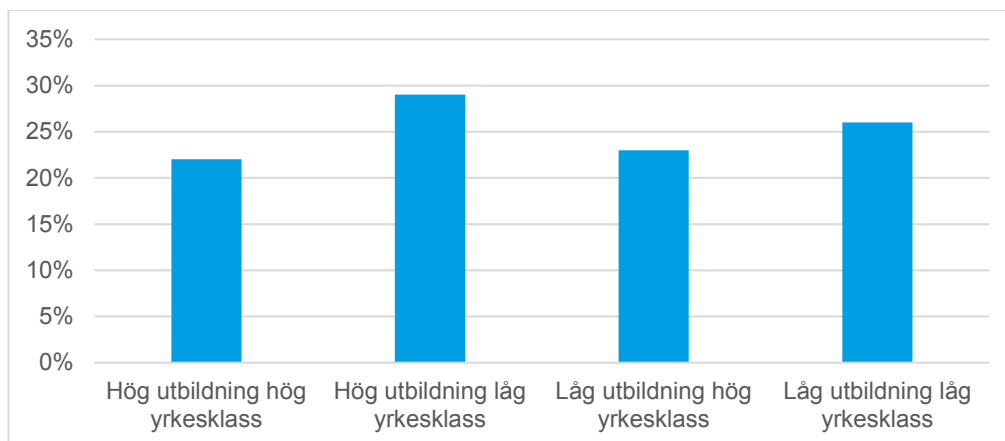
**Figur 32.** Fördelning nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12) för kombinationen inkomst och sexuell orientering, befolkningen 26–84 år, 2010–2015.



Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

Det var inte alltid kombinationen ”-” och ”-” som uppvisade högst andel med nedsatt psykiskt välbefinnande. Exempelvis hade gruppen med låg utbildning och låg yrkesklass i kombination, en lägre andel med nedsatt psykiskt välbefinnande än gruppen med hög utbildning och låg yrkesklass i kombination (figur 33).

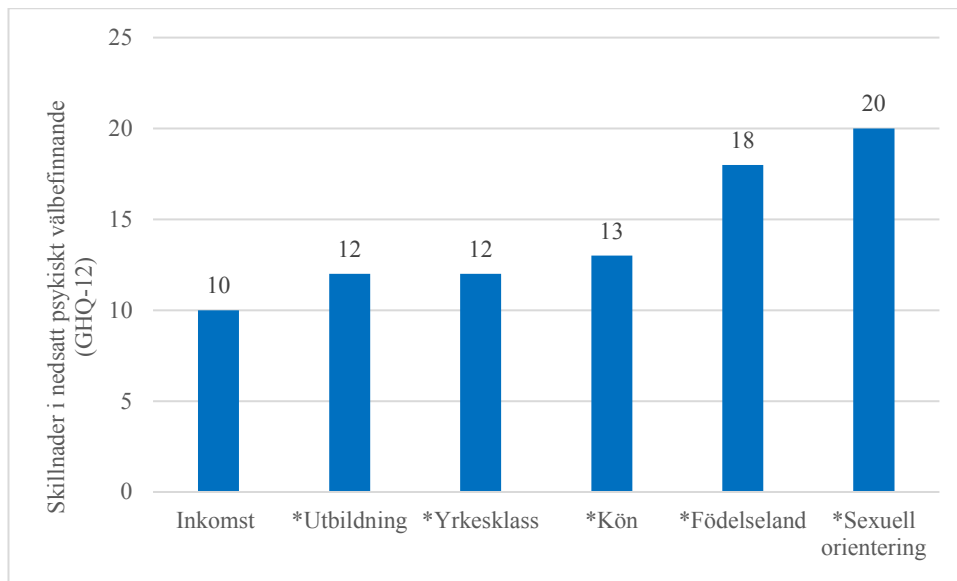
**Figur 33.** Fördelning nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12) för kombinationen utbildning och yrkesklass, befolkningen 26–84 år 2010–2015.



Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

När vi jämförde enkla ojämlikheter med komplexa ojämlikheter framkom att de komplexa ojämlikheterna var större. Det betyder att beskrivningar av ojämlikheter i nedsatt psykiskt välbefinnande som baseras på enkla ojämlikheter, dvs. olika sociala positioner tagna var för sig, riskerar att vara underskattningar av den komplexa ojämlikheten sett till kombinationer av olika sociala positioner (indelningsgrunder) (se exempel i figur 34).

**Figur 34.** Enkel ojämlikhet för inkomst samt sammansatt komplex ojämlikhet för inkomst i kombination med andra indelningsgrunder, (%), befolkningen 26–84 år, 2010–2015.



\* I kombination med inkomst

Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

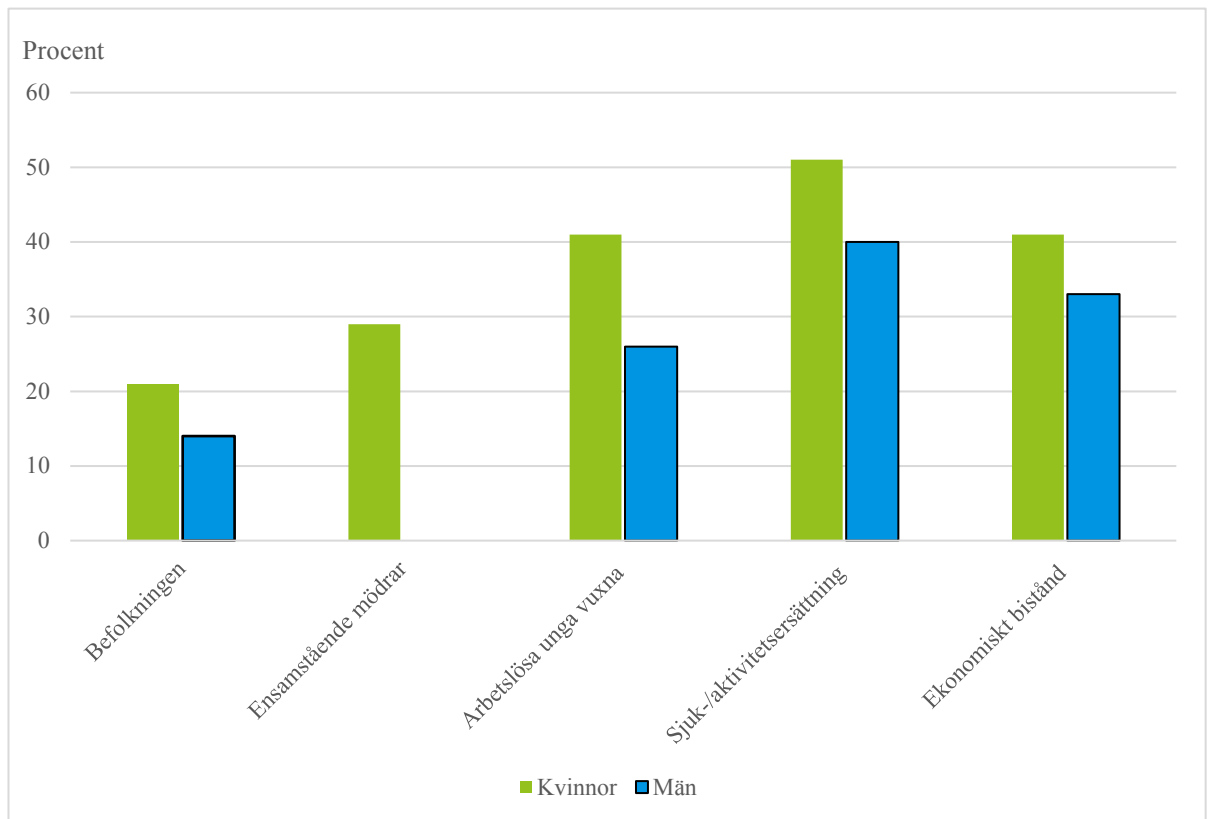
#### Psykiska besvär i vissa socioekonomiskt utsatta grupper

Vid analyser av ojämlikhet i psykisk hälsa är det viktigt att följa hälsan i vissa grupper som utifrån olika aspekter kan betraktas som utsatta, vilket även betonas av Kommissionen för jämlik hälsa. I detta avsnitt undersöker vi fördelningen av nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån ekonomiskt bistånd, arbetslöshet, sjuk- eller aktivitetsersättning och ensamt moderskap. Analyserna är baserade på data från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" (HLV) för befolkningen 18–64 år, sammantaget för åren 2013–2016 (se tabell 11 i tabellbilaga).

Ekonomiskt bistånd är tänkt som en tillfällig hjälp för hushåll som lever under så knappa ekonomiska omständigheter att har svårt att klara sin försörjning. Skälen till svårigheter att försörja sig varierar, men handlar ofta om arbetslöshet, sjukdom eller sociala hinder, eller en kombination av dessa. De som beviljas ekonomiskt bistånd står utanför det vanliga sociala skyddsnätet och saknar tillgång till, eller har mycket låg ersättning från, socialförsäkringen eller saknar a-kassa. Våra analyser visar att de som får ekonomiskt bistånd oftare har ekonomiska bekymmer, saknar personligt stöd och känner mindre tillit till andra, jämfört med befolkningen som helhet. Vidare avstår de som får ekonomiskt bistånd oftare från att söka vård och hämta ut läkemedel trots upplevt behov, samt röker i högre utsträckning.

Andra grupper som i hög utsträckning rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande är personer med sjuk- eller aktivitetsersättning och arbetslösa unga vuxna (18–24 år) (figur 35). Ensamstående mödrar rapporterar även de nedsatt psykiskt välbefinnande oftare än befolkningen i stort, och oftare besvär inom ekonomiska och sociala dimensioner. Ensamstående föräldrars hälsa belyses ytterligare i nästkommande avsnitt.

**Figur 35.** Nedsatt psykiskt välbefinnande i befolkningen (GHQ12), bland ensamstående mödrar, arbetslösa unga vuxna (18-24 år), personer med sjuk-/aktivitetsersättning och personer med ekonomiskt bistånd, kvinnor och män 18-64 år, 2013–2015.



Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

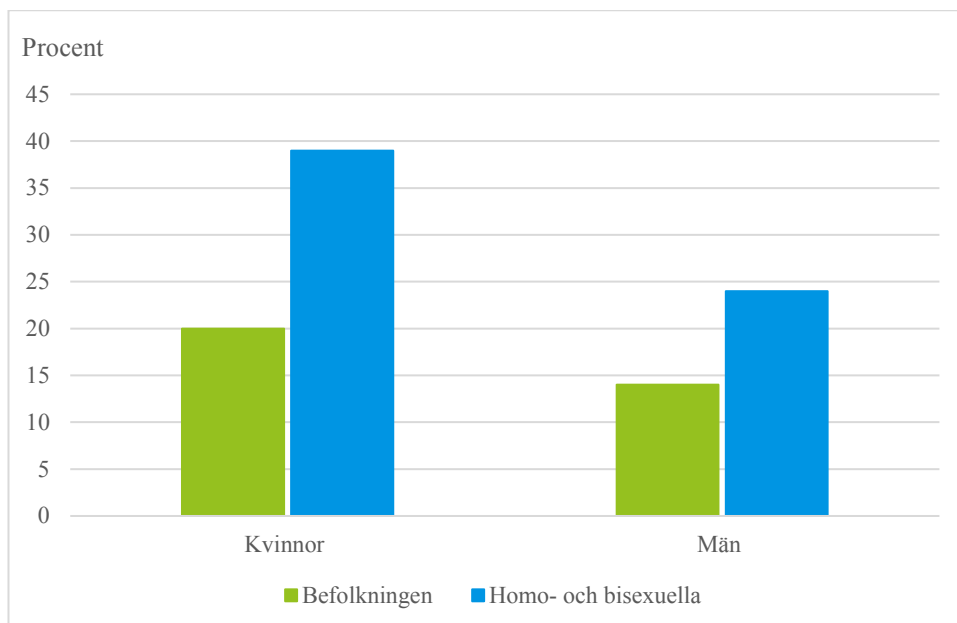
### Sexuell orientering och könsidentitet

Homo-, bi- och transsexuella beskrivs ofta som en grupp med ökad risk för psykisk ohälsa, något som även påvisats i rapporter från Folkhälsomyndigheten. Bland annat framkommer att 36 procent av transpersonerna allvarligt övervägt att ta sitt liv, jämfört med 6 procent i den övriga befolkningen. I detta avsnitt undersöker vi fördelningen av nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån sexuell orientering.

Analyserna är baserade på data från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" (HLV) sammantaget för åren 2013–2016.

Analyserna visar att förekomsten av nedsatt psykiskt välbefinnande mätt med GHQ12 är större bland homo- och bisexuella personer än befolkningen i stort (figur 36). Vidare är förekomsten av arbetslöshet och ekonomisk kris större bland homo- och bisexuella än i befolkningen i stort (se tabell 12 i tabellbilaga). Detta gäller framför allt homo- och bisexuella kvinnor. Tittar vi på psykosociala livsvillkor är det fler homo- och bisexuella som uppger att de saknar personligt stöd och tillit till andra, än i befolkningen i stort. Att sakna personligt stöd är vanligare bland homo- och bisexuella män än kvinnor, medan avsaknad av tillit till andra är vanligare bland kvinnorna än männen.

**Figur 36.** Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12) bland homo-/bisexuella jämfört med befolkningen, kvinnor och män 18–64 år, 2013–2015.



Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

Vi har även studerat hur nedsatt psykiskt välbefinnande skiljer sig utifrån socioekonomiska och andra diskriminerande grunder för homo- och bisexuella jämfört med heterosexuella, för åldrarna 26–84 år, baserat på data från nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" (HLV) sammantaget för åren 2010–2015.

Det är t.ex. 19 procentenheter fler som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande bland homo- och bisexuella med låg inkomst, jämfört med heterosexuella med hög inkomst. Däremot ser vi att det bland homo- och bisexuella med lång utbildning är en högre andel med nedsatt psykiskt välbefinnande än bland homo- och bisexuella med kort utbildning. Även mellan homo- och bisexuella födda inom respektive utanför Sverige, samt mellan kvinnor och män ser vi skillnader till nackdel för dem födda utanför Sverige, respektive för kvinnor. Hur nedsatt psykiskt välbefinnande är fördelat bland homo- och bisexuella och heterosexuella är presenterat i mer detalj i tabellbilaga, tabell 13.

### Familjetyp och föräldrars psykiska hälsa – betydelsen av hur barnen bor

Tidigare forskning har visat att ensamstående mödrar och deras barn har en sämre fysisk och psykisk hälsa än de som är gifta eller samboende och deras barn (42, 43). Familjetyp kan därför betraktas som en social bestämningsfaktor för ojämlikhet i hälsa. Den psykiska hälsan hos föräldrar är en viktig resurs i sig och den har betydelse även för barnen (44).

Men är hälsan sämre bland alla grupper av ensamstående föräldrar? Separationerna mellan föräldrar har varierat i omfattning sedan 1990-talet, och det är allt fler barn till separerade föräldrar som bor växelvis hos sina föräldrar. För att belysa frågan om hur mödrars och fäders psykiska hälsa (mätt med ångslan, oro och ångest) är

fördelad utifrån familjetyp, gjordes en fördjupad studie utifrån hur barnen bor efter en separation (45). Vidare studeras vilken betydelse materiella och sociala förhållanden har för detta samband. Studien genomfördes av forskare vid CHES och SOFI vid Stockholms universitet och är baserad på SCB:s årliga intervjuundersökning ULF från åren 2008–2015 med svar från 6 965 mammor och 5 902 pappor som har barn boende hos sig minst halva tiden.

#### Familjetyper

Kärnfamilj – två ursprungliga föräldrar med gemensamma barn.

Ombildad familj växelvis barn – en ursprunglig förälder, en styvförälder och barn som bor ungefär halva tiden i detta hushåll.

Ombildad familj heltid barn – en ursprunglig förälder, en styvförälder och barn som bor i detta hushåll mer än halva tiden.

Ensamstående förälder växelvis barn – en ursprunglig förälder och barn som bor ungefär halva tiden i detta hushåll.

Ensamstående förälder heltid barn – en ursprunglig förälder och barn som bor i detta hushåll mer än halva tiden.

*För att få distinkta grupper baserat på hur barnen bor uteslöts personer som hade barn boende hos sig både växelvis och heltid.*

#### Betydelsen av materiella och sociala faktorer

Med hjälp av regressionsanalyser undersöktes sambanden mellan familjetyp och hälsa (tabell 9). I analyserna kontrollerades för andra faktorer som kan skilja sig åt mellan grupperna (så kallade störfaktorer). Mödrar i kärnfamiljer rapporterar en lägre grad av ångslan, oro och ångest än mödrar i de övriga familjetyperna. Skillnaderna i psykiska besvär bland fäder i olika familjetyper är mindre. Det är bara gruppen ensamstående fäder med växelvis boende barn som har högre risk för besvär av ångslan, oro och ångest.

Vidare verkar barnens växelvisa boende inte vara förknippat med skillnader i psykiska besvär i form av oro och ångest hos föräldrarna, jämfört med att ha barnen boende hos sig på heltid (i ombildad familj eller som ensamstående). Om något så indikerar resultaten att växelvis boende är förknippat med högre förekomst av ångslan, oro och ångest bland föräldrarna, speciellt för mödrar men också för ensamstående fäder.

Slutligen kan vi notera att övriga studerade bestämningsfaktorer som utländsk bakgrund, kort utbildning, bristande anknytning till arbetsmarknaden, avsaknad av kontantmarginal, avsaknad av nära vän samt erfarenhet av hot och våld är alla förknippade med mer psykiska besvär hos föräldrarna.

**Tabell 9.** Regressionskoefficienter från modeller (linear probability models; LPM) som undersöker samband mellan mödrars och fäders familjetyp och psykiska besvär (ängslan/oro/ångest), kontrollerat för bakgrundsfaktorer, socioekonomiska faktorer och sociala faktorer, 2008–2015.

Variabel	Mödrar n=4997	Fäder n=4227
<b>Familjetyp</b>		
Kärnfamilj	ref	ref
Ombildad familj växelvis barn	0,138**	0,048
Ombildad familj heltid barn	0,066**	-0,024
Ensamstående förälder växelvis barn	0,126***	0,058*
Ensamstående förälder heltid barn	0,071***	0,047
<b>Ålder (år)</b>	0,003**	0,000
<b>Född utomlands (vs född i Sverige)</b>	0,037*	0,041**
<b>Barn &lt; 6 år (vs enbart äldre barn)</b>	0,004	-0,003
<b>Antal barn</b>		
1	ref	ref
2	-0,006	0,014
3 eller fler	-0,027	0,003
<b>Utbildningsnivå</b>		
Högskola/universitet	(ref)	(ref)
Gymnasium	0,026*	0,005
Grundskola	0,015	0,068***
<b>Arbetar inte (vs arbetar)</b>	0,112***	0,129***
<b>Brist på kontantmarginal (vs har kontantmarginal)</b>	0,143***	0,104***
<b>Saknar nära vän (vs har nära vän)</b>	0,107***	0,042***
<b>Upplevt hot eller våld (vs ej upplevt)</b>	0,119***	0,122***

Alla modeller är justerade för undersökningsår.

\*\*\*  $p \leq 0,001$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*  $p \leq 0,05$ ; †  $p \leq 0,10$ .

Källa: Statistiska centralbyrån, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC)

## Äldres psykiska hälsa

Sverige har, liksom världen i stort, en åldrande befolkning. Detta innebär att det genomsnittliga antal år som en person lever i hög ålder har ökat, men kunskapen om äldre personers psykiska hälsa är fortfarande otillräcklig (FORTE). För att främja ett hälsosamt åldrande är det viktigt med fördjupad kunskap om psykisk hälsa och vilka bestämningsfaktorer för psykisk hälsa som är betydelsefulla i den äldre befolkningen.

I detta kapitel beskrivs först den sociala fördelningen (kön, utbildningsnivå och födelseland) av olika mått på av psykisk hälsa och ohälsa bland äldre i befolkningen. Sedan redovisas resultat från en kartläggande litteraturöversikt om



vilka bestämningsfaktorer som har betydelse för depression eller depressiva symtom i den äldre befolkningen. Detta följs av analyser av skillnader i depressiva symtom och utvecklingen över tid. Slutligen redovisas hälsa och livsvillkor bland äldre med nedsatt psykiskt välbefinnande.

### Fördelning av självskattad psykisk hälsa och psykiatriska diagnoser

I detta avsnitt rapporteras den sociala fördelningen bland äldre av olika självrapporterade mått på psykisk hälsa och ohälsa baserat på den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” (HLV) 2016 (tabell 10).

Nedsatt psykiskt välbefinnande (enligt GHQ5) respektive lägre nivåer av välbefinnande (WHO-5) var vanligare bland kvinnor än män i åldrarna 65–84 år. Likaså var besvär i form av stress respektive ångslan, oro och ångest vanligare bland äldre kvinnor jämfört med äldre män. Ångslan, oro och ångest var vanligare bland äldre kvinnor med kort utbildning, än bland dem med lång medellång utbildning. Kvinnor och män som är födda utomlands rapporterade också högre nivåer av nedsatt psykiskt välbefinnande och lägre nivåer av välbefinnande, jämfört med kvinnor och män som är födda i Sverige.

När det gäller suicidtankar gick det inte att se några tydliga skillnader vare sig utifrån kön, utbildningsnivå eller födelseland

**Tabell 10.** Förekomst av självrapporterad psykisk hälsa i Sverige enligt utbildning och födelseland, kvinnor och män 65–84 år, 2016.

Hälsomått självrapporterat	Kvinnor		Kvinnor Utbildningsnivå			Män Utbildningsnivå			Kvinnor Födelseland		Män Födelseland	
	Män	Kvinnor	Lång	Medel	Kort	Lång	Medel	Kort	Sverige	Utomlands	Sverige	Utomlands
Nedsatt psykiskt välbefinnande (enl. GHQ5)	7	10	8	10	11	7	8	6	8	17	6	14
Välbefinnande (enl. WHO-5)	80	73	78	73	70	83	82	75	75	62	82	69
Stress	4	6	5	6	6	4	4	5	5	10	4	8
Ångslan, oro, ångest	24	37	32	35	41	22	23	28	36	41	23	28
Suicidtankar	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0	1	1

*Fetstil anger att värdet är signifikant skilt från jämförelsegruppen (kvinnor jmf män, utbildningsnivå eftergymnasial jmf förgymnasial, födelseland Sverige jmf utomlands)*

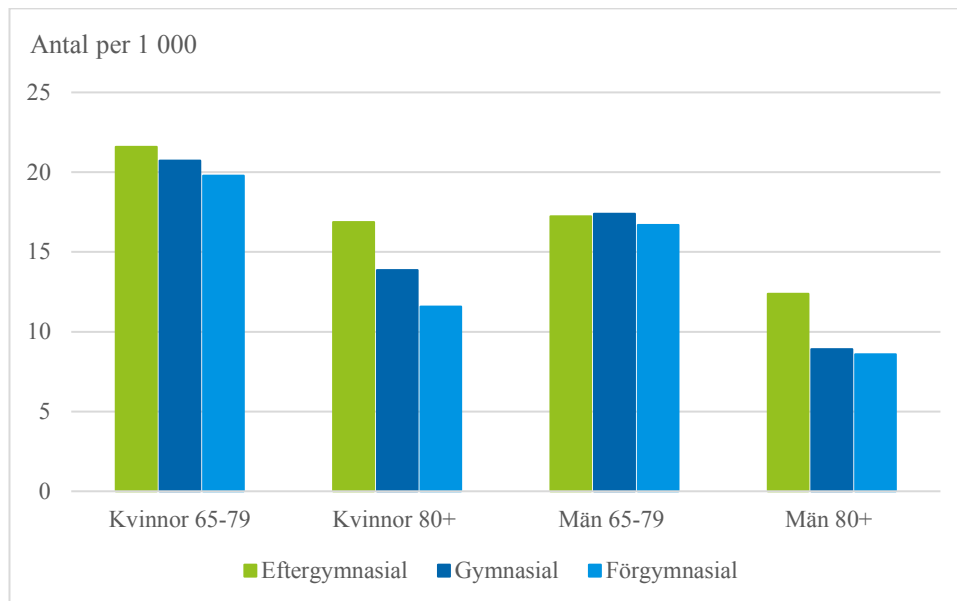
Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor”

Statistiken från Socialstyrelsens patientregister rör patienter i slutenvård och i specialiserad psykiatrisk öppenvård. Siffrorna i detta avsnitt avser samtliga psykiatriska diagnoser, undantaget demenssjukdomar och intellektuell utvecklingsstörning (ICD-10: F00–F09 och 70–F79). I analyserna av förekomst av psykiatriska diagnoser har vi valt att dela upp i två åldersgrupper: 65–79 år och 80+ år. Vård för psykisk sjukdom (demens exkluderat) var vanligare bland kvinnor än

bland män i båda åldersgrupperna. För förekomst i olika diagnosgrupper enligt kön, utbildningsnivå och födelseland se tabell 14 och 15 i tabellbilaga.

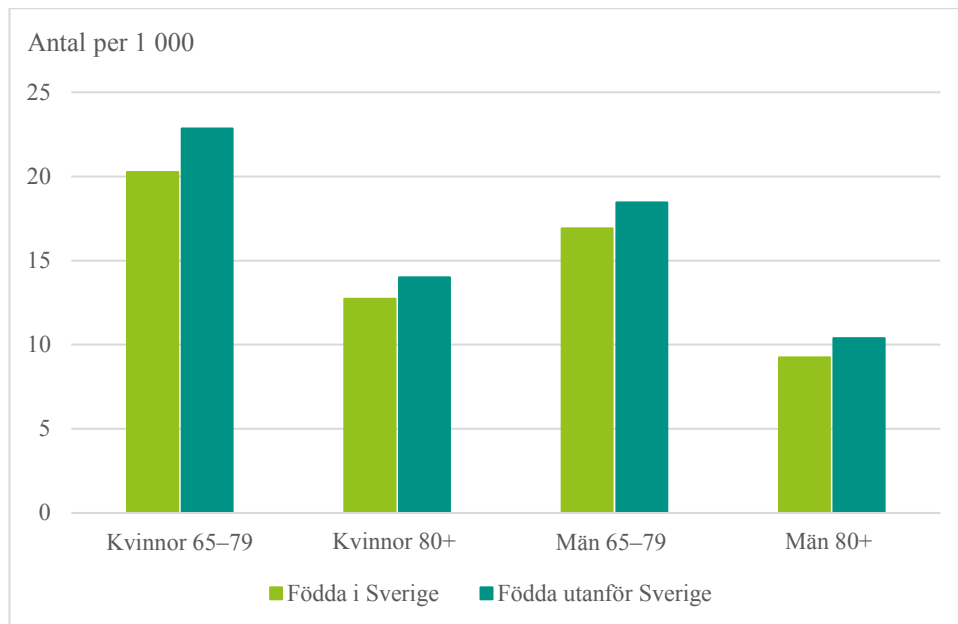
Antalet vårdade per 1 000 invånare var högre bland äldre med lång utbildning, jämfört med äldre med kort utbildning (figur 37). Skillnaden var mer uttryckt i åldersgruppen 80+ år. Vård för psykisk sjukdom var också vanligare bland äldre som var födda utomlands jämfört med äldre födda i Sverige (figur 38).

**Figur 37.** Förekomst av någon psykisk sjukdom (enligt ICD-10) utifrån utbildningsnivå, kvinnor och män 65–79 år resp. 80 år och äldre, 2014.



Källa: Socialstyrelsens patientregister och STATIV

**Figur 38.** Förekomst av någon psykisk sjukdom (enligt ICD-10), utifrån födelse land, kvinnor och män 65–79 år resp. 80 år och äldre, 2014.



Källa: Socialstyrelsens patientregister och STATIV

### Vilka faktorer har betydelse för depression eller depressiva symtom i den äldre befolkningen?

För att djupare utforska vilka bestämningsfaktorer som har betydelse för psykisk ohälsa i den äldre befolkningen genomförde forskare från Ageing Research Centre (Karolinska Institutet) en begränsad kartläggande litteraturöversikt av översikter baserad på internationell forskning (46). Det övergripande syftet var att undersöka huruvida det förekommer skillnader i depression eller depressiva symtom bland personer 65 år och äldre. Totalt inkluderades 14 översikter i litteraturöversikten. I dessa översikter används begreppet depression i olika bemärkelser och omfattar såväl kliniskt bekräftade depressioner som självrapporterad känsla av nedstämdhet eller oro. I det följande har samtliga depressiva utfall lagts ihop till benämningen ”depression”.

Resultaten tyder på att det är vanligare med depression bland äldre personer med fysiska sjukdomar och med fysisk funktionsnedsättning. Resultaten indikerar även att det är vanligare med depression bland äldre som bor i närområden med låg socioekonomisk status, de som bor på särskilt boende, och de som är änka eller änklung eller ogifta.

Motstridiga resultat från översikterna gör att kunskapsläget är oklart för huruvida det finns skillnader i depression mellan äldre med och utan kognitiv nedsättning. Någon definitiv slutsats kan inte heller dras vad gäller könsskillnader i depression bland äldre personer, trots att två av tre översikter visar att äldre kvinnor har högre risk för depression än äldre män. Slutsatsen är dock att det inte nödvändigtvis är kön i sig som avgör, utan att den större förekomsten av sjukdom och

funktionsnedsättningar hos äldre kvinnor gör att de har en högre risk för depression än männen.

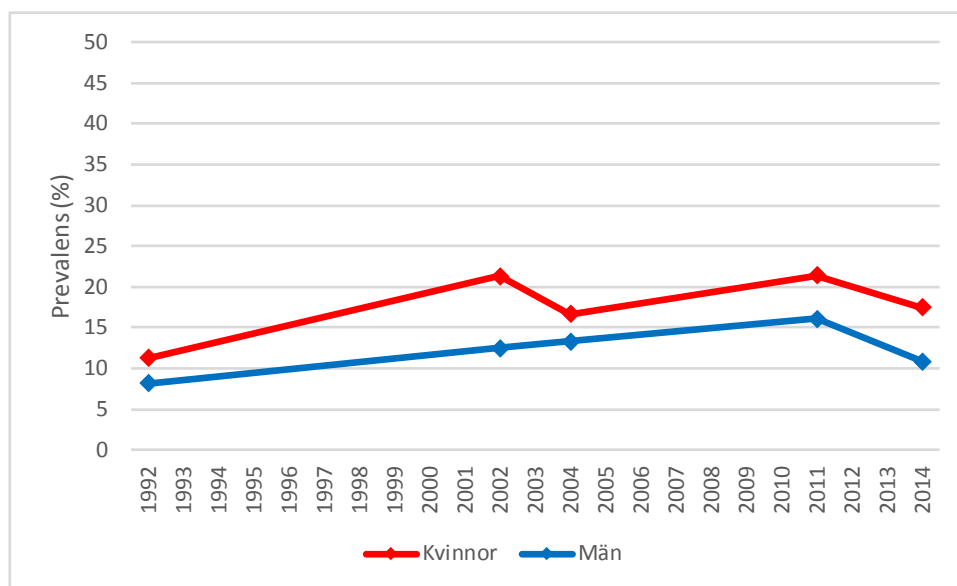
### Skillnader i depressiva symtom i den äldre befolkningen i Sverige samt utveckling över tid

Resultaten från litteraturöversikten användes därefter som bas för analyser av befolkningsdata. Baserat på data från SWEOLD, åren 1992–2014 (se faktaruta), studerade forskarna förekomsten av depressiva symtom bland äldre personer i Sverige, samt hur förekomsten av psykiska besvär har förändras över tid och hur den skiljer sig mellan olika grupper av äldre personer.

I den epidemiologiska studien av data från SWEOLD används två olika studiepopulationer. I studien av förekomsten av depressiva symtom över tid (1992–2014) är studiepopulationen samtliga personer, 77 år eller äldre, som deltagit i minst en SWEOLD-undersökning och som har svarat på de frågor som ingår i analysen (n = 3 351). I nästa del av studien, där sociala skillnader i depressiva symtom och ångest mellan olika grupper av äldre personer analyseras, utgörs studiepopulationen av samtliga personer, 75 år eller äldre, som deltog i SWEOLD 2014 och som svarade på de frågor som ingår i analyserna (n = 779).

Resultaten visar att depressiva symtom är vanligt förekommande bland personer 77 år och äldre i Sverige. Skattningarna av förekomsten av psykiska besvär bland äldre uppvisar dock stora variationer över tid. Detta gör det svårt att avgöra vilka svängningar som utgör reella trender i befolkningen och vilka som enbart beror på slumpmässig variation i mätningarna. Den enda långsiktiga, statistiskt säkerställda, förändringen som ses i mätningarna är att prevalensen av rapporterade depressiva symtom ökade 1992–2002 för att sedan konsekvent ligga på en högre nivå än den som uppmättes 1992 (figur 39).

**Figur 39.** Andel (%) med depressiva symtom, kvinnor och män 77 år och äldre, 1992–2014.



Källa: SWEOLD

I delen av studien där sociala skillnader i depressiva symtom och ångest mellan olika grupper av äldre personer analyseras, visar resultaten på skillnader i sannolikheten att rapportera psykiska besvär mellan olika grupper av äldre personer. Äldre kvinnor rapporterar mer depressiva symtom och ångest än äldre män. För depressiva symtom var dock könsskillnaderna inom den statistiska osäkerhetsmarginalen, efter kontroll för samtliga störfaktorer (tabell 11, modell II).

Vidare framkommer en högre risk för depressiva symtom bland äldre med kort jämfört med lång utbildning. Det är även en högre risk för depressiva symtom bland äldre med brist på kontantmarginal jämfört med de äldre som inte har någon brist på kontantmarginal. Depressiva symtom var dessutom vanligare bland äldre som bodde i särskilt boende, behövde hjälp med sina hushållssysslor, inte var gifta eller sammanboende och som hade rapporterat depressiva symtom tidigare i livet än bland de äldre som bodde i vanligt boende, klarade hushållssysslorna själva, var gifta eller sammanboende och inte hade rapporterat depressiva symtom tidigare i livet.

När det gäller ångest var det vanligare att äldre som hade kort utbildning, brist på kontantmarginal, var mindre nöjda med sitt bostadsområde, var mer socialt isolerade och hade rapporterat ångestproblem tidigare i livet löpte en högre risk att rapportera både depressiva symtom och ångest än de som hade lång utbildning och starkare ekonomi, var nöjda med sitt närområde, inte var socialt isolerade och inte hade rapporterat ångest tidigare i livet.

**Tabell 11.** Samband mellan kön, socioekonomiska förhållanden och depressiva symtom bland äldre (75 år och äldre) personer 2014.

Källa: SWEOLD

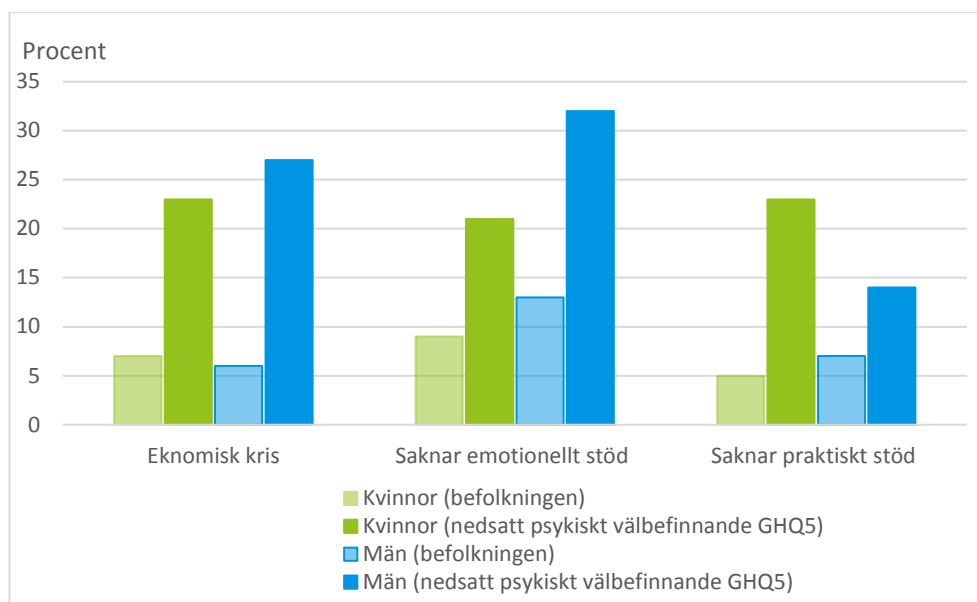
	Modell I		Modell II	
	AME	95 % KI	AME	95 % KI
<i>Ålder</i>	<b>0,006</b>	<b>0,002–0,011</b>	<b>0,005</b>	<b>0,001–0,010</b>
<i>Kön</i>				
Man	(Ref)		(Ref)	
Kvinna	<b>0,067</b>	<b>0,006–0,129</b>	0,057	-0,003–0,116
<i>Utbildning</i>				
Lång			(Ref)	
Kort			<b>0,066</b>	<b>0,008–0,124</b>
<i>Kontantmarginal</i>				
Ja			(Ref)	
Nej			<b>0,229</b>	<b>0,163–0,296</b>

## Hälsa, livsvillkor och levnadsvanor bland äldre med nedsatt psykiskt välbefinnande

Nedan redovisas resultaten av analyser av hälsa och livsvillkor bland äldre (65–84 år) med nedsatt psykiskt välbefinnande, baserat på data från den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” (HLV) 2016.

Bland äldre med nedsatt psykiskt välbefinnande är det en större andel som uppger att de under de senaste 12 månaderna haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra mm (ekonomisk kris), jämfört med äldre i befolkningen i stort (figur 40). Äldre med nedsatt psykiskt välbefinnande rapporterar också oftare att de saknar emotionellt eller praktiskt stöd.

**Figur 40.** Ekonomisk kris, emotionellt stöd och praktiskt stöd bland äldre med nedsatt psykiskt välbefinnande resp. äldre i befolkningen, kvinnor och män 65–84 år, 2016.



Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor”

Det är också vanligare bland äldre med nedsatt psykiskt välbefinnande att bo ensam, jämfört med äldre i befolkningen i stort (se tabell 16 i tabellbilaga för mer detalj). Det finns inga skillnader utifrån utbildningsnivå eller socioekonomisk grupp. Däremot finns skillnader i levnadsvanor. Liksom i de övriga åldersgrupperna ser vi att äldre med nedsatt psykiskt välbefinnande mindre ofta är fysiskt aktiva. De äldre männen med nedsatt psykiskt välbefinnande rapporterar även oftare andra ohälsosamma levnadsvanor såsom rökning eller att äta lite frukt och grönt, jämfört med äldre i befolkningen i stort. Både män och kvinnor med nedsatt psykiskt välbefinnande rapporterar de oftare ett lågt socialt deltagande och sämre sociala förhållanden.

Äldre som rapporterade nedsatt psykiskt välbefinnande rapporterade, liksom i övriga åldersgrupper, en sämre hälsa (tabell 12). För flertalet indikatorer var förekomsten av dålig hälsa cirka dubbelt så hög bland äldre med nedsatt psykiskt

välbefinnande (undantaget fetma bland kvinnor och män, samt diabetes bland kvinnor).

**Tabell 12.** Hälsoutfall (%) i befolkningen jämfört med dem med nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ5) eller med sjukskrivning för psykiatrisk diagnos, kvinnor och män 65–84 år, 2016.

Hälsoutfall	Befolkning		Nedsatt psykiskt välbefinnande	
	Kvinnor n = 2 540	Män n = 2406	Kvinnor n = 248	Män n = 170
Svår värk	23	16	<b>51</b>	<b>43</b>
Sämre än god självskattad hälsa	41	37	<b>77</b>	<b>79</b>
Diabetes	12	17	<b>20</b>	<b>30</b>
Fetma	20	17	25	25
Funktionsnedsättning	34	30	<b>61</b>	<b>59</b>
Nedsatt funktion på grund av långvarig sjukdom	41	42	<b>69</b>	<b>75</b>

*Fetstil anger att värdet är signifikant skilt från jämförelsegruppen det vill säga män respektive kvinnor i befolkningen.*

Källa: Folkhälsomyndigheten, nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

## Del 2. Vad förklarar ojämlikheterna i psykisk hälsa?

I tidigare kapitel har vi utforskat och beskrivit skillnader i psykisk hälsa utifrån både socioekonomiska och diskriminerande grunder samt kombinationer av dessa. Förutom att mäta och beskriva ojämlikheter i psykisk hälsa vid en viss tidpunkt, behöver vi kunskap om mekanismerna bakom identifierade ojämlikheter, och om ojämlikheterna förändras över tid. Sådan kunskap är särskilt viktig för den som ska utforma insatser och andra initiativ som kan bidra till en ökad jämlikhet i psykisk hälsa. I det här kapitlet presenterar vi därför fördjupade analyser av vilka faktorer och processer som skulle kunna ligga bakom både ojämlikheter i psykisk hälsa och förändring av sådana ojämlikheter över tid. Vi närmar oss frågan på flera olika sätt genom att undersöka:

- huruvida ojämnt fördelade livsvillkor förklarar ojämlikheter i psykisk ohälsa
- om konsekvenser av psykisk ohälsa skiljer sig åt mellan olika grupper
- hur delar av välfärdssystemet, såsom arbetsmarknads- och familjepolitiken, påverkar ojämlikheter i psykisk hälsa.

### Faktorer bakom inkomstrelaterade ojämlikheter i psykisk ohälsa

I det här avsnittet försöker vi svara på frågan om vilka faktorer som bidrar till de inkomstrelaterade ojämlikheterna i psykisk ohälsa. Vi rapporterar resultat från två olika studier. I studierna undersöks hur olika faktorer såsom kön, utbildningsnivå, utländsk bakgrund, civilstånd och arbetsmarknadsdeltagande påverkar inkomstrelaterad ojämlikhet i psykisk ohälsa och suicid. Den ena studien genomfördes av forskare vid Lunds universitet med hjälp av analyser på data från Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) och the Swedish Interdisciplinary Panel (SIP) 2011 för åldrarna 31–64 år (39). De analyserade även vilken betydelse förändringar i de studerade faktorerna hade för den ökning i inkomstrelaterad ojämlikhet som observerades 1994–2011. Olika utfallsmått analyserades: självrapporterad ångslan, oro och ångest (nedan benämnt ångest), psykiatriska diagnoser (slutenvårdsdiagnoser och öppenvårdsdiagnoser) och suicid. Den andra studien är genomförd som ett samarbetsprojekt mellan Folkhälsomyndigheten och Umeå universitet. I den används data från den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” (HLV) avseende nedsatt psykiskt välbefinnande (mätt med självskattningsskalan GHQ12) för åren 2010–2015 sammanslaget.

I tabell 13 presenteras en övergripande bild av resultatet från analyserna av ULF och SIP från 2011. Den totala inkomstrelaterade ojämlikheten uppskattades för utfallen självrapporterad ångest, psykiatrisk sluten- eller öppenvårdsdiagnos samt suicid, genom att analysera förekomsten av respektive utfall i olika grupper av inkomstnivå (koncentrationsindex). Som tidigare nämnts speglar ett koncentrationsindex om det utfall för psykisk ohälsa som studeras är koncentrerat



bland de med hög eller låg disponibel inkomst. Ett värde på 0 innebär att det inte finns någon ojämlikhet, medan ett värde på -1 betyder att samtliga fall av psykisk ohälsa är koncentrerade till de med låg disponibel inkomst. Ju närmare -1 ett värde är, desto större ojämlikhet. På motsvarande sätt innebär ett positivt värde (upp till +1) en ökad koncentration av psykisk ohälsa i gruppen med hög disponibel inkomst.

Vi kan av tabellen se att ojämlikheten är störst för slutenvårdsdiagnoserna (-0,39) och minst för självrapporterad ångest (-0,18).

Vidare analyserades vilka faktorer som bidrog till denna ojämlikhet, dessa är markerade med grön färg i tabellen. De som motverkade ojämlikheten är markerade med blått och de som inte uppnådde statistisk signifikans ( $p > 0,1$ ) är grå. Resultaten visade att de faktorer som bidrog till den inkomstrelaterade ojämlikheten varierade beroende på om det var självrapporterad ångest, psykiatrisk sluten- eller öppenvårdsdiagnos eller suicid som studerades. Men två faktorer verkade bidra till den inkomstrelaterade ojämlikheten för alla fyra utfall: att ha mindre än tio års utbildning och att inte delta i arbetskraften. På motsvarande sätt motverkade vissa faktorer den inkomstrelaterade ojämlikheten. Att ha en utbildning längre än tolv år samt att vara gift eller sambo motverkade den inkomstrelaterade ojämlikheten i psykiatriska diagnoser. Att vara född utomlands visade på olika resultat beroende på utfall. Inkomstrelaterad ojämlikhet i psykiatriska diagnoser och suicid motverkades av att vara född utomlands, samtidigt som det bidrog till självrapporterad ångest.

**Tabell 13.** Översikt av bestämningsfaktorer för inkomstrelaterade ojämlikheter i psykisk ohälsa (olika utfallsmått).

	Utfallsmått psykisk ohälsa och suicid			
	Självrapporterad ångest <sup>1</sup>	Slutenvårdsdiagnos <sup>2</sup>	Öppenvårdsdiagnos <sup>2</sup>	Suicid <sup>2</sup>
<b>Ojämlikhet (KI)</b>	-0,18	-0,39	-0,33	-0,22
<b>Undersökta faktorer</b>				
Kön (kvinna)				
Ålder				
Utbildning < 10 år				
Utbildning > 12 år				
Gift/sambo				
Född utomlands				
Föräldrar födda utomlands				
Ej deltagande i arbetskraften				
Social isolering				
Andel med ekonomiskt bistånd i boendekommun				
Mor > 9 års utbildning				
Far > 9 års utbildning				

<sup>1</sup>ULF, <sup>2</sup>SIP

	Bidrar till ojämlikheten (KI)
	Motverkar ojämlikheten (KI)
	Inget samband
	Ej undersökt

Som ett led i att analysera vad som förklarar ojämlikhet i nedsatt psykiskt välbefinnande i Sverige beräknades den inkomstrelaterade ojämlikheten i nedsatt psykiskt välbefinnande, i form av koncentrationsindex, på data från HLV för 2010–2015 sammantaget (egna analyser Folkhälsomyndigheten 2018).

Koncentrationsindex uppskattades till -0,16. De faktorer som bidrog mest till den inkomstrelaterade ojämlikheten i nedsatt psykiskt välbefinnande var sysselsättning, ekonomisk kris och upplevelse av kränkning, som tillsammans förklarade 43 procent av ojämlikheten. Förekomsten av nedsatt psykiskt välbefinnande bland personer med låg inkomst berodde delvis på att studenter, långtidssjukskrivna och arbetslösa var överrepresenterade i gruppen med låg inkomst. Vidare kan en del av inkomstojämlikheten i nedsatt psykiskt välbefinnande tillskrivas att personer med låg inkomst oftare än personer med hög inkomst upplevde ekonomisk kris och kränkningar, vilket är erfarenheter som i sin tur också är associerade med nedsatt psykiskt välbefinnande. Vissa faktorer motverkade den inkomstrelaterade ojämlikheten. Det var framför allt den lägre förekomsten av nedsatt psykiskt välbefinnande bland ålderspensionärer som motverkade den inkomstrelaterade

ojämlikheten, trots att denna grupp hade lägre inkomstnivå jämfört med de som arbetade.

### Faktorer bakom förändring över tid av inkomstrelaterad ojämlikhet i psykisk ohälsa och suicid

I detta avsnitt analyseras hur förändringar av olika demografiska och socioekonomiska faktorer i befolkningen, däribland kön, ålder, civilstånd, social isolering, utländsk bakgrund, utbildning och arbetskraftsdeltagande, kan ha inverkat på den ökning i inkomstrelaterad ojämlikhet som observerades 1994–2011. Studien är genomförd av forskare vid Lunds universitet med hjälp av analyser på data från ULF och SIP för åldrarna 31–64 år (39).

Förändringen av den inkomstrelaterade ojämlikheten i självrapporterad ångest, psykiatriska diagnoser och suicid kan studeras genom att följa utvecklingen av koncentrationsindex (KI, se föregående avsnitt för förklaring).

För såväl självrapporterad ångest som psykiatriska diagnoser och suicid har den inkomstrelaterade ojämlikheten ökat 2011 jämfört med 1994 (tabell 14). Den ökade ojämlikheten i suicid kan förklaras av en förändrad fördelning av olika demografiska och socioekonomiska faktorer i befolkningen. Sådana befolkningsförändringar förklarar även närmare en sjuandedel av den ökade ojämlikheten i psykiatriska diagnoser inom slutenvården. Den ökade inkomstrelaterade ojämlikheten i psykiatriska diagnoser inom öppenvården kan däremot inte förklaras av befolkningsförändringar; här har den förändrade fördelningen av demografiska och socioekonomiska faktorer i befolkningen snarare bidragit till en liten minskning av ojämlikheten. När det gäller självrapporterad ångest kan den ökade ojämlikheten inte heller förklaras av befolkningsförändringar (det observerade bidraget från förändringarna är inte signifikant).

Därtill bidrar förändringar av enskilda faktorer i olika omfattning, och även i olika riktning, till den inkomstrelaterade ojämlikheten i psykisk ohälsa (se bilaga x, tabell y för mer detalj). Exempelvis tyder resultaten på att ett minskat arbetskraftsdeltagande har bidragit till den ökade ojämlikheten i suicid, medan en ökad andel utrikes födda i befolkningen har bidragit i motsatt riktning.

Av tabell 14 framgår även att det finns en del av ökningen av inkomstrelaterad ojämlikhet i psykisk ohälsa som inte förklaras av en förändrad fördelning av de studerade demografiska och socioekonomiska faktorerna. Denna del reflekterar i stället förändringar i styrkan på sambandet mellan den inkomstrelaterade ojämlikheten i självrapporterad ångest, psykiatriska diagnoser eller suicid, och de olika demografiska och socioekonomiska faktorerna.

**Tabell 14.** Förändring av inkomstrelaterad ojämlikhet i självrapporterad ångest, psykiatriska diagnoser och suicid över tid (koncentrationsindex KI) och hur förändrad fördelning av och samband mellan sociodemografiska och socioekonomiska faktorer<sup>‡</sup> i befolkningen har påverkat den inkomstrelaterade ojämlikheten.

Utfallsmått	KI 1994	KI 2011	Förändring KI 1994–2011	Bidrag från förändrad fördelning av socioekonomiska och demografiska faktorer	Bidrag från förändrad styrka på sambandet
Självrapporterad ångest	-0,06**	-0,18**	-0,12**	-0,050	-0,069
Öppenvårdsdiagnos	-0,21**	-0,33**	-0,12**	0,007**	-0,132**
Slutenvårdsdiagnos	-0,26**	-0,39**	-0,13**	-0,020**	-0,113**
Suicid	-0,11**	-0,22**	-0,10**	-0,109*	0,006

\*\*p < 0,01 \*p < 0,05

<sup>‡</sup>Kön, ålder, civilstånd, social isolering, utländsk bakgrund (egen och föräldrars), utbildning (egen och föräldrars utbildning), andel med ekonomiskt bistånd i boendekommunen och arbetskraftsdeltagande.

Källa: ULF och SIP

Inkomstrelaterade ojämlikheter i psykisk ohälsa i Sverige är av betydande storlek och skillnaderna ökade markant 1994–2011. År 2011 stod den femtedel av befolkningen med lägst inkomst för mer än 30 procent av alla suicid och självrapporterade fall av ångest, och för hälften av alla psykiatriska diagnoser.

Analyserna visade även att psykisk ohälsa verkar bli allt mer förekommande bland vissa befolkningsgrupper som redan före studien var särskilt utsatta för psykisk ohälsa. Alla indikatorerna för psykisk ohälsa som studerats blev mer koncentrerade bland kvinnor och bland dem som inte deltar på arbetsmarknaden. Psykiatriska diagnoser blev också mer koncentrerade till dem med lägst utbildning. Samma utveckling gäller dock inte för självmord.

## Faktorer bakom komplexa ojämlikheter i psykisk ohälsa

Som tidigare nämnts kan ojämlikhet i psykiska besvär kan förstås utifrån ett perspektiv där man kombinerar flera olika positioner som relaterar till både vår sociala och vår ekonomiska situation (exempelvis kön, födelseland, familjesituation, arbete, utbildning). Analyser som kombinerar flera av dessa positioner kallas här för komplexa analyser, och ojämlikheterna som resulterar av dem för komplexa ojämlikheter. Detta ska då jämföras med att studera och jämföra hälsan hos olika grupper utifrån enbart en position (eller indelningsgrund) såsom utbildningsnivå eller kön. Ojämlikhet utifrån studiet av en indelningsgrund kallas här för enkla ojämlikheter.

I avsnittet om Kombinerade sociala positioner och ojämlikhet i psykisk hälsa (s. 64) definierades sociala positioner utifrån kön (man eller kvinna), inkomst (hög eller låg), utbildning (hög eller låg), yrkesklass (tjänsteman eller arbetare), födelseland (födda i Sverige eller utrikes) och sexuell orientering (heterosexuell eller inte). Analyserna visade att vissa kombinationer av sociala positioner

förstärkte ojämlikheten i nedsatt psykiskt välbefinnande, medan andra kombinationer minskade ojämlikheten mer än vad som var förväntat utifrån de enkla ojämlikheterna var för sig.

I det här avsnittet undersöker vi vilka faktorer som skulle kunna förklara några av de identifierade komplexa ojämlikheterna. Vi undersöker också om faktorerna som förklarar komplexa ojämlikheter skiljer sig från de faktorer som förklarar enkla ojämlikheter. Underlaget kommer från analyser som gjorts av Umeå universitet på data från enkäten ”Hälsa på lika villkor” för åren 2010–2015 och åldrarna 26–84 år (47). Antal individer, N (%), i respektive social position efter inkomst och kön rapporteras i tabell 17 i tabellbilagan. De materiella faktorer som inkluderades i analysen var kopplade till dels arbetsmarknaden, dels ekonomi. De psykosociala faktorer som inkluderades i analysen var dels olika former av socialt stöd inklusive känslomässigt och praktiskt stöd, dels olika former av hotande erfarenheter, såsom otrygghet och erfarenhet av kränkningar, inklusive våld och hot.

### Fördelning av materiella och psykosociala faktorer

Ett första steg var att undersöka hur både materiella och psykosociala faktorer var fördelade över olika kombinationer av sociala positioner. De specifika faktorer som inkluderades omfattade sådana som skulle kunna förklara de komplexa ojämlikheterna i psykisk ohälsa. Den relativa förekomsten av alla förklarande variabler som inkluderades i analysen rapporteras i tabell 18 och 19 i tabellbilagan.

#### **Materiella faktorer**

Tabell 15 redovisar den relativa förekomsten av olika materiella faktorer bland personer med låg respektive hög inkomst, samt där inkomstnivå kombinerats med kön, utbildningsnivå, yrkesklass, födelseland eller sexuell orientering. De materiella faktorer som analyserades var sysselsättning, oro för att förlora arbetet (anställningsotrygghet), avsaknad av kontantmarginal och svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m. (ekonomisk kris).

Kombinationerna av sociala positioner har i tabellen betecknats med ”- -” om de innehåller låg inkomst kombinerat med någon av positionerna kvinna, låg utbildning, arbetaryrke, född utomlands eller icke-heterosexuell. På motsvarande sätt har kombinationerna betecknats med ”+ +” om de innehåller hög inkomst kombinerat med någon av positionerna man, hög utbildning, tjänstemannayrke/företagare, född i Sverige eller heterosexuell.

Av tabellen framgår att personer med låg inkomst rapporterade ofördelaktiga materiella faktorer i större utsträckning än personer med hög inkomst. Ofördelaktiga materiella faktorer var särskilt vanliga bland de personer med låg inkomst som var födda utomlands eller som var icke-heterosexuella. Exempelvis rapporterades avsaknad av kontantmarginal av en femtedel av dem med låg inkomst i befolkningen i stort, men av ungefär en tredjedel av dem med låg inkomst som var födda utomlands. Bland personer med hög inkomst i befolkningen i stort var det 6 procent som uppgav att de saknade kontantmarginal. Personer med låg inkomst som var födda utomlands eller som var icke-heterosexuella hade också

ungefär dubbelt så hög förekomst av upplevd otrygg anställning som sina referensgrupper, det vill säga personer med hög inkomst födda i Sverige respektive heterosexuella med hög inkomst.

**Tabell 15.** Relativ förekomst (%) av materiella faktorer uppdelat på inkomst resp. inkomst i kombination\* med kön, utbildning, yrke, födelse land och sexuell orientering. 2010–2015.

	Inkomst		Inkomst + kön		Inkomst + utbildning		Inkomst + yrke		Inkomst + födelse land		Inkomst + sex. orient	
	Låg	Hög	--	++	--	++	--	++	--	++	--	++
Ej arbete	23	8	24	7	25	8	26	8	32	8	32	8
Anställningsotrygghet	9	8	9	8	6	8	9	7	15	7	14	8
Ej kontantmarginal	20	6	21	5	23	5	26	4	35	6	33	6
Ekonomisk kris												
Nej	85	94	85	94	87	94	83	95	76	94	76	94
Ibland	6	3	6	3	5	3	7	3	11	3	10	3
Ofta	9	3	9	3	8	3	11	3	13	3	15	3

\*Kombinationer av faktorer: "--"= låg inkomst kombinerat med någon av positionerna kvinna, låg utbildning, arbetaryrke, född utomlands eller icke-heterosexuell; "++"= hög inkomst kombinerat med någon av positionerna man, hög utbildning, tjänsteman eller företagare, född i Sverige eller heterosexuell

Källa: Den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

Tabell 16 redovisar den relativa förekomsten av olika materiella faktorer bland kvinnor och män, samt där kön kombinerats med inkomstnivå, utbildningsnivå, yrkesklass, födelse land eller sexuell orientering. De materiella faktorer som analyserades var arbetsmarknadsposition (ej arbete), oro för att förlora arbetet (anställningsotrygghet), avsaknad av kontantmarginal och svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m. (ekonomisk kris).

Kombinationerna av sociala positioner har i tabellen betecknats med "--" om de visar kvinnor kombinerat med någon av positionerna låg inkomst, låg utbildning, arbetaryrke, född utomlands eller icke-heterosexuell. På motsvarande sätt har kombinationerna betecknats med "++" om de visar män kombinerat med någon av positionerna hög inkomst, hög utbildning, tjänstemannayrke/förtagare, född i Sverige eller heterosexuell.

Kvinnor rapporterade ofördelaktiga materiella villkor i större utsträckning än män, med svagare arbetsmarknadsposition och avsaknad av kontantmarginal (tabell 16). Denna materiella ojämlikhet mellan kvinnor och män blev mer framträdande när man tog hänsyn till de övriga indelningsgrunderna i de kombinerade sociala positionerna. Särskilt gällde detta kön i kombination med födelse land eller sexuell orientering. Exempelvis rapporterade 16 procent av alla kvinnor att de saknade kontantmarginal, medan om vi tittar mer uppdelat inom gruppen kvinnor, var andelen 26 procent bland kvinnor i arbetaryrken, 29 procent bland kvinnor födda utomlands och 32 procent bland icke-heterosexuella kvinnor. Bland kvinnor födda utomlands och bland icke-heterosexuella kvinnor var också otrygg anställning nästan dubbelt så vanligt som bland kvinnor i befolkningen i stort. Som jämförelse

kan nämnas att bland män i befolkningen i stort rapporterade 10 procent att de saknade kontantmarginal och 8 procent att de hade en otrygg anställning.

**Tabell 16.** Relativ förekomst (%) av materiella faktorer uppdelat på kön resp. kön i kombination\* med inkomst, utbildning, yrke, födelseland och sexuell orientering, 2010–2015.

	Kön		Kön + inkomst		Kön + utbildning		Kön + yrke		Kön + födelseland		Kön + sex. orient	
	Kvinnor	Män	--	++	--	++	--	++	--	++	--	++
Ej arbete	18	13	24	7	24	11	25	9	26	12	27	12
Anställnings- otrygghet	9	8	9	8	7	9	10	7	15	7	15	8
Ej kontant marginal	16	10	21	5	21	8	26	6	29	9	32	9
Ekonomisk kris												
Nej	88	91	85	94	88	92	83	93	80	92	75	91
Ibland	5	4	6	3	4	4	6	3	9	4	10	4
Ofta	7	5	9	3	8	4	10	4	11	5	15	5

\*Kombinationer av faktorer: "--"= kvinna kombinerat med någon av positionerna låg inkomst, låg utbildning, arbetaryrke, född utomlands eller, icke-heterosexuell; "++"= man kombinerat med någon av positionerna hög inkomst, hög utbildning, tjänsteman eller företagare, född i Sverige eller heterosexuell

Källa: Den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

## Psykosociala faktorer

Tabell 17 redovisar den relativa förekomsten av olika psykosociala faktorer bland personer med låg respektive hög inkomst, samt där inkomstnivå kombinerats med kön, utbildningsnivå, yrkesklass, födelseland eller sexuell orientering. De psykosociala faktorer som analyserades var förekomst av känslomässigt stöd respektive praktiskt stöd, otrygghet, erfarenhet av hot eller våld samt kränkande behandling. Kombinationerna av sociala positioner har i tabellen betecknats med "--" om de visar låg inkomst kombinerat med någon av positionerna, kvinnor, låg utbildning, arbetaryrke, född utomlands eller icke-heterosexuell. På motsvarande sätt har kombinationerna betecknats med "++" om de visar hög inkomst kombinerat med någon av positionerna män, hög utbildning, tjänstemannayrke/förtagare, född i Sverige eller heterosexuell.

Av tabell 17 framgår att personer med låg inkomst rapporterade en lägre förekomst av känslomässigt och praktiskt stöd, samt en högre grad av otrygghet, jämfört med personer med hög inkomst. Erfarenhet av hot eller våld samt kränkande behandling var ungefär lika vanligt i båda inkomstgrupperna. Otrygghet var särskilt vanligt bland kvinnor med låg inkomst samt bland personer med låg inkomst som var födda utomlands eller som var icke-heterosexuella. Exempelvis rapporterades otrygghet av 26 procent av dem med låg inkomst i befolkningen i stort, men av 34 procent av kvinnor med låg inkomst, av 30 procent av personer med låg inkomst

som var födda utomlands och av 34 procent av personer med låg inkomst som var icke-heterosexuella. Dessutom saknade personer med låg inkomst som var födda utomlands eller som var icke-heterosexuella även känslomässigt och praktiskt stöd i högre grad än de med låg inkomst i befolkningen i stort. Bland de med hög inkomst i befolkningen i stort var andelen som uppgav otrygghet 15 procent och kränkningar 16 procent.

Det kan noteras att bland de med hög inkomst och hög utbildningsnivå i kombination, var det 17 procent som uppgav att de utsatts för kränkande behandling, jämfört med 13 procent bland de som både hade låg inkomst och låg utbildningsnivå.

**Tabell 17.** Relativ förekomst (%) av psykosociala faktorer uppdelat på inkomst resp. inkomst i **kombination\*** med kön, utbildning, yrke, födelse land och sexuell orientering, 2010–2015.

	Inkomst		Inkomst + kön		Inkomst + utbildning		Inkomst + yrke		Inkomst + födelse land		Inkomst + sex. orient	
	Låg	Hög	--	++	--	++	--	++	--	++	--	++
Avsaknad av känslom. stöd	12	9	10	10	13	9	13	8	20	9	24	9
Praktiskt stöd												
Alltid	66	73	68	71	65	74	64	74	55	74	52	73
Oftast	28	24	27	26	29	23	29	23	32	24	34	24
Nej	6	3	5	4	7	3	7	3	13	3	14	3
Otrygghet	26	15	34	6	28	14	27	15	30	14	32	15
Hot/våld	4	4	4	3	3	4	5	4	7	4	8	4
Kränkningar	18	16	19	12	13	17	17	16	21	15	26	15

\*Kombinationer av faktorer: "--" = låg inkomst kombinerat med någon av positionerna kvinna, låg utbildning, arbetaryrke, född utomlands eller icke-heterosexuell; "++" = hög inkomst kombinerat med någon av positionerna man, hög utbildning, tjänsteman eller företagare, född i Sverige eller heterosexuell

Källa: Den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

Tabell 18 redovisar den relativa förekomsten av olika psykosociala faktorer bland kvinnor och män, samt där kön kombinerats med inkomstnivå, utbildningsnivå, yrkesklass, födelse land eller sexuell orientering. De psykosociala faktorer som analyserades var förekomst av känslomässigt stöd respektive praktiskt stöd, otrygghet, erfarenhet av hot eller våld samt kränkande behandling.

Kombinationerna av sociala positioner har i tabellen betecknats med "--" om de innehåller låg inkomst kombinerat med någon av positionerna kvinna, låg utbildning, arbetaryrke, född utomlands eller icke-heterosexuell. På motsvarande sätt har kombinationerna betecknats med "++" om de innehåller hög inkomst kombinerat med någon av positionerna man, hög utbildning, tjänstemannayrke/förtagare, född i Sverige eller heterosexuell.



När det gäller de materiella faktorerna rapporterade kvinnor ofördelaktiga villkor i större utsträckning än män. Mönstret blir delvis annorlunda när vi ser till psykosociala faktorer. Av tabell 18 framgår att kvinnor rapporterade högre förekomst av otrygghet än män (31 jämfört med 8 procent) och mer kränkningar (20 respektive 13 procent), men samtidigt aningen mer känslomässigt och praktiskt stöd än män. Ofördelaktiga psykosociala faktorer var särskilt vanliga bland kvinnor födda utomlands och bland icke-heterosexuella kvinnor. Exempelvis rapporterade 16 procent av kvinnor födda utomlands och 19 procent av icke-heterosexuella kvinnor avsaknad av känslomässigt stöd, jämfört 9 procent av kvinnor i befolkningen i stort. Bland män uppgav 12 procent avsaknad av känslomässigt stöd.

**Tabell 18.** Relativ förekomst (%) av psykosociala faktorer uppdelat på kön resp. kön i kombination med inkomst, utbildning, yrke, födelseland och sexuell orientering, 2010–2015.

Variabel	Kön		Kön + inkomst		Kön + utbildning		Kön + yrke		Kön + födelseland		Kön + sex. orient	
	Kvinnor	Män	--	++	--	++	--	++	--	++	--	++
Avsaknad av känslom. stöd	9	12	10	10	10	11	11	11	16	11	19	11
Praktiskt stöd												
Alltid	71	67	68	71	68	69	67	70	59	69	56	68
Oftast	25	27	27	26	27	26	27	25	30	27	32	27
Nej	4	5	5	4	5	5	6	4	11	5	12	5
Otrygghet	31	8	34	6	36	7	35	7	37	7	36	8
Hot/våld	5	4	4	3	4	4	5	4	6	4	9	4
Kränkningar	20	13	19	12	14	14	19	13	24	12	31	13

\*Kombinationer av faktorer: "--"= kvinna kombinerat med någon av positionerna låg inkomst, låg utbildning, arbetaryrke, född utomlands eller icke-heterosexuell; "++"= man kombinerat med någon av positionerna hög inkomst, hög utbildning, tjänsteman eller företagare, född i Sverige eller heterosexuell

Källa: Den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

#### Materiella och psykosociala faktorer och ojämlikhet i psykisk hälsa

Ett andra steg i analysen var att undersöka ojämlikhet i psykisk hälsa mellan olika kombinerade sociala positioner, utifrån fördelningen av olika förklarande faktorer. De kombinationer av sociala positioner som jämförts är desamma som i föregående avsnitt. Exempelvis har låg inkomst kombinerat med någon av positionerna kvinna, låg utbildning, arbetaryrke, född utomlands eller icke-heterosexuell, jämförts mot hög inkomst kombinerat med någon av positionerna man, hög utbildning, tjänstemannayrke/förtagare, född i Sverige eller heterosexuell. De förklarande faktorer som undersökts är också desamma som i föregående avsnitt, och omfattar dels materiella faktorer (sysselsättning, anställningsotrygghet, avsaknad av kontantmarginal och ekonomisk kris), dels psykosociala faktorer (känslomässigt resp. praktiskt stöd, otrygghet, erfarenhet av hot eller våld samt kränkande behandling). Det utfall som studerats är nedsatt psykiskt välbefinnande mätt med GHQ12.

Analysen genomfördes med en regressionsbaserad metod kallad Blinder-Oaxaca dekompositionsanalys. Principen för metoden är att en ojämlikhet i hälsa – mätt som skillnaden i medelvärdet för utfallet (nedsatt psykiskt välbefinnande) mellan två grupper – delas upp i två komponenter: 1) en ”förklarad del”, som motsvarar den del av hälsoskillnaden som kan förklaras av skillnader mellan grupperna i förekomst av respektive förklarande faktor; och 2) en ”oförklarad del”, som motsvarar den del av hälsoskillnaden som kan förklaras av skillnader mellan grupperna i styrkan på sambandet mellan respektive förklarande faktor och nedsatt psykiskt välbefinnande. Den oförklarade delen innefattar även effekter av faktorer som inte är inkluderade i analysen. För att en faktor ska påverka ojämlikheten i psykisk hälsa krävs att den är antingen positivt eller negativt relaterad till utfallet (nedsatt psykiskt välbefinnande) men också är mer alternativt mindre förekommande hos gruppen med sämre psykisk hälsa. Exempelvis om svårigheter att klara de löpande utgifterna (ekonomisk kris) är vanligare bland personer med låg inkomst och också har ett samband med nedsatt psykiskt välbefinnande, kan den faktorn förväntas bidra till att förklara varför personer med låg inkomst har en högre grad av nedsatt psykiskt välbefinnande än personer med hög inkomst. Detta kan då tolkas som att en andel av hälsogapet kan tillskrivas att ekonomisk kris är vanligare bland personer med låg inkomst.

Analysen visade att ojämlikheter i psykisk ohälsa kan förklaras av (systematiskt) ojämnt fördelade ofördelaktiga materiella och psykosociala faktorer mellan olika grupper i befolkningen. Resultaten i sin helhet rapporteras i tabell 20 och 21 i tabellbilagan.

Ojämlig fördelning av de undersökta faktorerna förklarade 60–78 procent av hälsogapen. Faktorernas betydelse varierade i de olika jämförelserna av grupper, men vissa faktorer hade en generell betydelse oavsett vilka grupper som jämfördes. Arbetsmarknadsposition var en sådan faktor. Det gällde även upplevelser av otrygghet och kränkningar, förutom att de inte alls bidrog till ojämlikheten mellan de med låg inkomst i kombination med låg utbildning och de med hög inkomst i kombination med hög utbildning, utan snarare motverkade denna ojämlikhet.

*Materiella faktorer*, särskilt arbetsmarknadssituation (att sakna arbete och att uppleva anställningsotrygghet) och ekonomisk kris, hade betydelse för ojämlikheterna i nedsatt psykiskt välbefinnande utifrån inkomst, samt mellan de olika kombinerade sociala positionerna utifrån inkomst. Detta illustreras i figur 42 genom att de materiella faktorerna, markerade i grönt och blått, tar upp stort utrymme i alla ojämlikheter (staplar). Otrygg anställning var däremot överlag av liten betydelse, trots att det var starkt relaterat till nedsatt psykiskt välbefinnande. Detta är ett tydligt exempel på en viktig bestämningsfaktor för psykisk ohälsa som inte har betydelse för ojämlikheten i psykisk ohälsa.

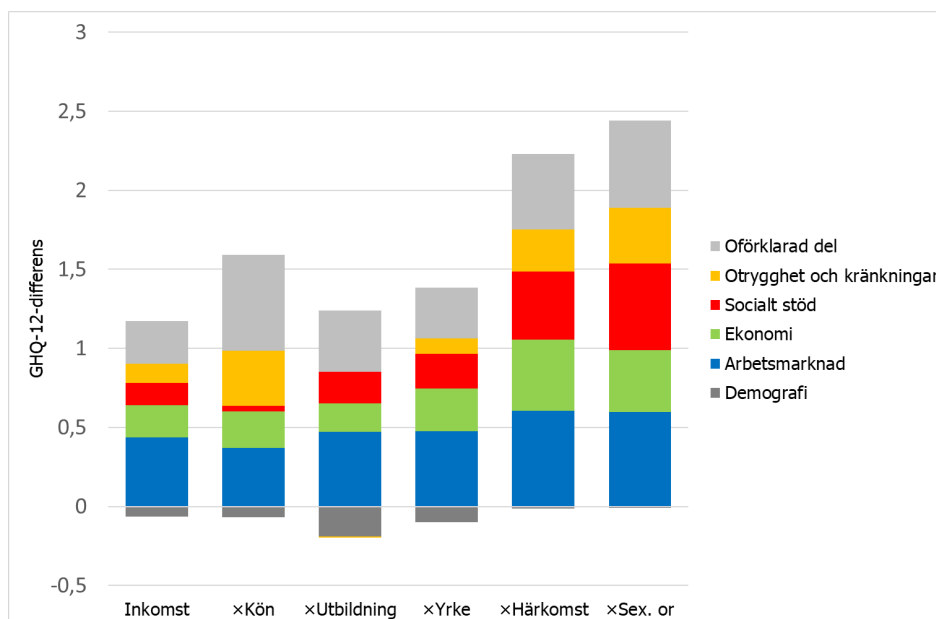
Materiella faktorer hade även betydelse för ojämlikheterna i nedsatt psykiskt välbefinnande mellan kvinnor och män, samt mellan de olika kombinerade sociala positionerna utifrån kön (figur 43). Bidraget av materiella faktorer till ojämlikheter

utifrån inkomst var dock större än bidraget av materiella faktorer till ojämlikheter utifrån kön.

De ojämlikheter i psykiska besvär som beaktade kön respektive inkomst i kombination med diskrimineringsgrunderna födelse-land och sexuell orientering var särskilt stora. Dessa ojämlikheter förklarades till stor del av att utlandsfödda eller icke-heterosexuella personer med låg inkomst eller kvinnor hade en ofördelaktig arbetsmarknadssituation, ansträngd ekonomisk situation, hög grad av otrygghet och lågt socialt stöd samt rapporterade mer kränkningar.

Generellt visade *psykosociala faktorer* en varierande betydelse för ojämlikheterna i nedsatt psykiskt välbefinnande. Analysen visade att betydelsen av de psykosociala faktorerna varierade beroende på vilken ojämlikhet som undersöktes. Detta illustreras i figurerna 41 och 42 genom de röda och gula färgerna som för vissa ojämlikheter (staplar) tar stor plats och för andra liten plats. Till exempel var kränkning en viktig bestämningfaktor för ojämlikheter som inkluderade kön och sexuell orientering och i viss mån även födelse-land. Kränkning var dock inte betydelsefull för ojämlikheter som inkluderade utbildning.

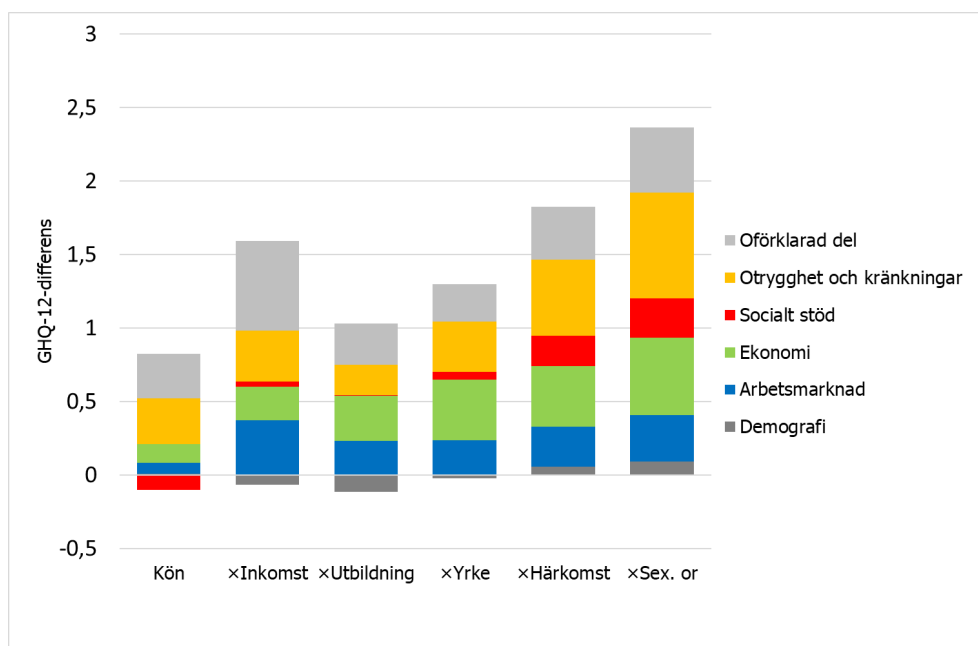
**Figur 41.** Bidrag från grupper av materiella och psykosociala faktorer till ojämlikheter i nedsatt psykiskt välbefinnande mellan olika sociala positioner (inkomst, samt inkomst i kombination med kön, utbildning, yrkesklass, härkomst och sexuell orientering).



\* I kombination med inkomst. Demografi/bakgrundsvariabler innefattade variablerna *undersökningsårgång* [2010–2015], *ålder* [6 kategorier: 26–35 år, 36–45 år, 46–55 år, 56–65 år, 66–75 år och 76–84 år], samt *familjestruktur* [ensamstående, boende med partner/andra vuxna utan barn, boende med partner/andra vuxna med barn, ensamstående med barn].

Källa: Den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

**Figur 42.** Bidrag från grupper av materiella och psykosociala faktorer till ojämlikheter i nedsatt psykiskt välbefinnande mellan olika sociala positioner (kvinnor och män, samt kön i kombination med inkomst, utbildning, yrkesklass, härkomst och sexuell orientering).



\* I kombination med kön. Demografi/bakgrundsvariabler innefattade variablerna undersökningsårgång [2010–2015], ålder [6 kategorier: 26–35 år, 36–45 år, 46–55 år, 56–65 år, 66–75 år och 76–84 år], samt familjestruktur [ensamstående, boende med partner/andra vuxna utan barn, boende med partner/andra vuxna med barn, ensamstående med barn].

Källa: Den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor"

## Hur kan negativa konsekvenser av psykisk ohälsa påverka sociala ojämlikheter?

Psykisk ohälsa har kopplats till ofördelaktiga utfall i flera sociala och ekonomiska livsvillkor såsom utbildning och sysselsättning samt till kronisk sjukdom och för tidig död. Det är möjligt att vissa utsatta befolkningsgrupper drabbas oftare av depression och ångest, och att skillnader i konsekvenserna av dessa besvär påverkar de sociala ojämlikheter som redan förekommer i fråga om exempelvis utbildning och arbetslöshet. För att utforska vilka konsekvenser psykisk ohälsa kan ha för olika sociala grupper genomfördes en systematisk litteraturoversikt av forskare vid Lunds universitet (48). Denna litteraturoversikt låg till grund för den empiriska studie (49) som genomfördes i syfte att se hur konsekvenserna av psykisk ohälsa fördelas i Sverige.

Vad säger det vetenskapliga underlaget om sociala skillnader i konsekvenser av psykisk ohälsa?

Syftet med litteraturoversikten var att undersöka om konsekvenserna av depression och ångest med avseende på utbildning, arbete och dödlighet varierar beroende på kön, socioekonomisk status, ålder och födelseland.

Totalt inkluderades 28 longitudinella studier som har undersökt konsekvenser av depression och ångest i sociala och ekonomiska livsvillkor och i dödlighet. Av de

studier som inkluderats är nästan alla i genomförda i Västeuropa, varav 16 i Norden. Studierna skiljde sig väsentligt åt gällande studiedesign, statistiska metoder, typ av exponering och resultatmått. Kvalitetsgranskningen visade att studierna överlag var av måttlig till god kvalitet. Särskilt de nordiska studierna var av god kvalitet, vilket gör det troligt att resultaten kan överföras till svenska förhållanden.

Av resultaten framgår att konsekvenserna av depression för sociala och ekonomiska livsvillkor och dödlighet skiljer sig mellan vissa befolkningsgrupper, och särskilt tydlig är skillnaden mellan kvinnor och män. Skillnaderna visar sig inte lika tydligt när det gäller konsekvenser av ångest, men här är forskningsunderlaget begränsat i sin omfattning. Psykisk ohälsa såsom depression och ångest är vanligare bland kvinnor, men konsekvenserna av besvären påverkar mäns livsvillkor i större utsträckning i fråga om utbildning, förtidspension och förtida död. När det gäller skillnader i konsekvenser av psykisk ohälsa mellan olika socioekonomiska, etniska och åldersgrupper kan vi baserat på det befintliga forskningsunderlaget endast säga att resultaten tyder på att personer med låg socioekonomisk status oftare hamnar i sjukfrånvaro eller förtidspension efter depression, än personer med hög socioekonomisk status, samt att sambandet mellan depression och förtida död minskar med ålder. Det är sannolikt att skillnader i konsekvenser av depression och ångest påverkar de ojämlikheter som redan finns i samhället.

Är de negativa konsekvenserna av psykisk ohälsa desamma för olika sociala grupper i Sverige?

För att analysera hur sambandet mellan psykisk sjukdom (såsom ångest, depression, posttraumatiskt stressyndrom, fobier, tvångssyndrom, panikångest)<sup>1</sup> och utfall på arbetsmarknaden ser ut för olika sociala grupper i Sverige genomförde forskarna vid Lunds universitet även en empirisk studie. Den baserades på ett urval patienter i Region Skåne som fick psykiatriska diagnoser under 2009–2012. Uppföljning av arbetsmarknadsutfall gjordes tre år efter diagnos. Detta urval matchades mot ett slumpmässigt urval som var representativt för den svenska befolkningen med data från ULF. Information om arbetsmarknadsutfall länkades den longitudinella integrationsdatabasen för sjukförsäkrings och arbetsmarknadsstudier (LISA).

Resultaten är samstämmiga med fynden från litteraturöversikten, och visar att de med psykisk ohälsa oftare har sämre arbetsmarknadsutfall; psykiatriska diagnoser relateras till minskad anställningsgrad och arbetsinkomst, och ökar risken för att få sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension). Studien visar även att styrkan på de negativa sambanden skiljer sig åt mellan befolkningsgrupper. Män har högre risk än kvinnor för att inte arbeta eller ha

---

<sup>1</sup>ICD-0 koder: F32, F33, F40, F410, F411, F419, F42, F431, F438, F439

långtidssjukfrånvaro tre år efter diagnos. De med högre utbildning har högre risk för att inte arbeta tre år efter diagnos jämfört med dem med låg utbildning, och de har också högre risk för att få sjuk- och aktivitetsersättning. De med låg utbildning har dock fortfarande sämre utfall totalt sett. Bland personer som är födda utomlands har en psykiatrisk diagnos större negativa konsekvenser, med fler som inte är sysselsatta och fler som får sjuk- och aktivitetsersättning, jämfört med personer födda i Sverige. Men resultaten visar också att personer som är födda i Sverige oftare blir långtidssjukskrivna, än personer som är födda utomlands.

Därmed både bidrar och motverkar konsekvenser av att ha en psykiatrisk diagnos till befintliga ojämlikheter på arbetsmarknaden, vilket i förlängningen troligen även påverkar den psykiska ohälsan och dess ojämlika fördelning.

### Hur kan strukturella faktorer påverka ojämlikheter i psykisk hälsa?

WHO beskriver de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa som de förhållanden i vilka vi föds, lever och växer, arbetar och åldras. Förutsättningarna för dessa förhållanden påverkas av olika strukturella faktorer och policys som berör till exempel arbetsmarknad, socialförsäkringssystem och familjepolitik. För att öka kunskapen om betydelsen av sådana strukturella faktorer för ojämlikhet i psykisk hälsa genomfördes en systematisk litteraturoversikt av forskare vid institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet (50).

I psykisk hälsa innefattades alla utfall, från psykiskt välbefinnande till psykisk sjukdom eller suicid. Översikten omfattar studier publicerade 1996–2017 som fokuserade på ojämlikhet (mätt som socioekonomisk position och kön) och som visade en förändring eller jämförelse i psykisk hälsa i ett eller flera av länderna i OECD-området.

I litteraturoversikten inkluderades 21 artiklar. Den vetenskapliga litteraturen om strukturella faktorer och psykisk hälsa är begränsad, och studierna skiljde sig väsentligt åt gällande studiedesign, studiekvalitet, statistiska metoder, typ av strukturell faktor (policy) som studerades och utfallsmått. Majoriteten undersökte europeiska länder, varav tio studier inkluderade Sverige. Alla utom en studie fokuserade på arbetsföra åldrar. Resultaten visar att länder med mer omfattande transfereringssystem och genderinkluderande välfärdsstater som genom familjepolitik stöttar två-försörjningsmodellen (t.ex. de nordiska länderna) hade bättre utfall i psykisk hälsa och ohälsa, i synnerhet bland kvinnor, och mindre könsrelaterad ojämlikhet. Resultaten tydde också på att de nordiska välfärdsstaterna också kan bidra till minskade ojämlikheter mellan familjetyper såsom ensamstående och gifta eller sammanboende mödrar. En stark välfärdsstat buffrar dock inte gentemot socioekonomiska ojämlikheter i psykisk hälsa. Åtstramningspaket som sparprogram och nedskärningar tenderade att försämra den psykiska hälsan och öka ojämlikheten i psykisk hälsa. Effekten av områdesbaserade initiativ med exempelvis insatser som avser att förbättra levnadsförhållanden i utsatta områden för att minska ojämlikhet i hälsa och betydelsen av utbildningsrelaterade policys är understuderade.

Trots att den vetenskapliga litteraturen om strukturella faktorer och psykisk hälsa är begränsad tyder resultaten på att strukturella bestämningsfaktorer påverkar ojämlikheter i psykisk hälsa – både ojämlikheter mellan kvinnor och män och socioekonomiska ojämlikheter. Bristen på resultat ska dock inte tolkas som brist på effekt. Det behövs studier som använder innovativa metoder för att överbrygga de metodologiska svårigheterna inom området, eftersom strukturella bestämningsfaktorer har potential att påverka både nivåer av psykisk ohälsa och ojämlikhet i psykisk hälsa.

## Summering av fynden

### *Betydande socioekonomiska skillnader i psykisk hälsa*

Det sammanställda underlaget visar att både god psykisk hälsa och psykisk ohälsa är ojämnt fördelad redan i tidig ålder, framför allt utifrån socioekonomi, och då i synnerhet när det mäts med inkomst. Socioekonomiska skillnader i psykisk hälsa visar sig i form av en social gradient i psykiatriska diagnoser från öppen- och slutenvård, så att de med lång utbildning har lägst andel diagnoser för psykisk sjukdom, och de med kort utbildning högst andel. Skillnaderna utifrån utbildningsnivå är större i de mer allvarliga diagnosgrupperna som psykos. För äldre (65+ kvinnor och 80+ män) syns en omvänd gradient i öppen- och slutenvård med en större andel diagnoser bland de med lång utbildning jämfört med de med kort utbildning.

För självrapporterade psykiska besvär finner vi inte någon utbildningsrelaterad gradient för vare sig kvinnor eller män, dock är förekomsten av psykiska besvär högst bland de med kortast utbildning.

Storleken på de socioekonomiska skillnaderna i psykisk hälsa varierar beroende på vilket mått som används för att mäta social position. Störst ojämlikhet finner vi för olika inkomstgrupper. Detta är ett samband som går åt båda hållen, och som dessutom är självförstärkande; psykisk ohälsa kan leda till inkomstbortfall och inkomstbortfall kan leda till psykisk ohälsa (medan den utbildningsnivå man erhållit förstås är konstant). Inkomstojämlikheten i psykisk hälsa i Sverige är betydande och har dessutom ökat över tid för både psykiska besvär, psykiatriska diagnoser samt suicid. Bland unga ser vi också att barn som lever i socioekonomiskt utsatta hushåll rapporterar mer psykosomatiska besvär.

### *Könsskillnader i alla åldersgrupper*

För barn skiljer sig förekomsten av psykisk ohälsa åt mellan flickor och pojkar. Pojkar i åldern 7–17 år har oftare psykiatriska diagnoser i specialiserad öppenvård än flickor, men i åldern 18–24 år är förhållandet det motsatta. Förekomsten av psykisk ohälsa är större bland kvinnor än män, både för självrapporterade psykiska besvär och för diagnoser inom öppen- och slutenvård.

### *Betydelsen av födelseland*

Även om utländsk bakgrund lyfts fram för de yngsta som en faktor kopplat till sämre psykisk hälsa både i den vetenskapliga litteraturen (avser 0–12 år) och i analyser av små barns psykiska hälsa (avser 3–5 år) tycks det inte generellt vara kopplat till sämre hälsa bland skolungdomar. För vuxna och äldre ser vi att personer födda utomlands generellt har sämre utfall i samtliga undersökta självrapporterade mått, medan mönstren för öppen- och slutenvård skiftar beroende på diagnosgrupp och åldersgrupp.



### *Högre förekomst psykisk ohälsa i vissa grupper*

Vissa grupper har genomgående högre förekomst av självrapporterad psykisk ohälsa än i befolkningen som helhet såsom homo-, bi- och transsexuella, mottagare av ekonomiskt bistånd, arbetslösa unga vuxna samt ensamstående föräldrar. För unga med funktionsnedsättning tyder resultaten på att det skett en försämring över tid i positiv psykisk hälsa.

### *Kombinerade sociala positioner belyser utsatthet*

Kombinerade sociala positioner som inkluderar inkomst kombinerat med kön, födelseland eller sexuell orientering ter sig som särskilt utsatta; såväl materiellt, psykosocialt som hälsomässigt. För både personer med låg inkomst och kvinnor innebär det en särskild utsatthet att dessutom vara född utomlands eller icke-heterosexuell. Dessa sociala positioner rapporterar genomgående högst andel psykiska besvär.

Ojämlighet i psykisk hälsa är konsekvensen av sammanvävda och interagerande fenomen. Exempelvis har kvinnor överlag aningen mer känslomässigt stöd än män, en psykosocial resurstillgång som dock inte återfinns bland kvinnor med låg inkomst, låg utbildning eller i arbetaryrken.

### *Betydelsen av förvärvsarbete har förändrats*

Ojämnt fördelade materiella och psykosociala faktorer verkar bidra till både inkomstrelaterad ojämlikhet och andra komplexa ojämlikheter i psykisk ohälsa. Förändringar av fördelningen av sådana faktorer i Sverige över tid bidrar till viss del till den ökade inkomstrelaterade ojämlikheten, men hur starkt samband de olika faktorerna har med psykisk hälsa tycks ha förändrats över tid. Analyserna visade att psykisk ohälsa verkar bli alltmer vanligt förekommande i vissa befolkningsgrupper som redan innan studien var särskilt utsatta för psykisk ohälsa. Samtliga indikatorer för psykisk ohälsa som studerats blev mer koncentrerade bland kvinnor och bland dem som inte deltar på arbetsmarknaden, detta är grupper som samtidigt är överrepresenterade bland personer med låg inkomst. Psykiatriska diagnoser blev också mer koncentrerade till dem med lägst utbildning.

### *Sämre livsvillkor och somatisk hälsa bland de med psykisk ohälsa*

De unga, vuxna och de äldre som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande har oftare mindre gynnsamma sociala och ekonomiska förhållanden; de rapporterar oftare ekonomiska problem och avsaknad av emotionellt och praktiskt stöd. De rapporterar dessutom oftare somatiska hälsoproblem. Analyser av sociala konsekvenser av psykisk ohälsa visade att psykisk sjukdom, däribland depression och ångesttillstånd, är relaterat till minskad anställningsgrad och arbetsinkomst, och en ökad risk för sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension). Styrkan på de negativa sambanden skiljer sig åt mellan befolkningsgrupper baserade på kön, ålder, utbildning och födelseland.

Det finns inte oväntat en högre dödlighet i grupper som vårdats i psykiatrisk slutenvård, och den är vidare högre för diagnoser rörande psykos än för diagnoser rörande depression. Det finns också inom respektive diagnosgrupp en tydlig gradient mellan olika utbildningsgrupper, för både kvinnor och män.

#### *Betydelse av familje- och arbetsmarknadspolitik*

Forskningen tyder på att en mer omfattande familje- och arbetsmarknadspolitik, som den vi traditionellt sett i de nordiska länderna, kan minska ojämlikheter i psykisk ohälsa mellan kvinnor och män och för vissa grupper såsom ensamstående mödrar. Åtstramningspaket såsom sparprogram och nedskärningar verkar försämra psykisk hälsa och öka ojämlikhet i psykisk hälsa.

### **Bestämningsfaktorer för ojämlikhet i psykisk hälsa**

De livsvillkor och levnadsvanor som har betydelse för förekomst av psykisk hälsa behöver inte nödvändigtvis ha betydelse för ojämlikhet i psykisk hälsa. För att minska ojämlikheterna i psykisk hälsa behöver vi därför veta vilka faktorer som ligger bakom just den ojämna fördelningen eller den ökade sårbarheten i vissa grupper. Om en faktor ska förklara ojämlikhet i hälsa måste den vara relaterad till hälsa, men också ojämlikt fördelad över den studerade indelningsgrunden, alternativt ha olika effekt i olika grupper. Hur vanligt förekommande faktorn är generellt kan också ha betydelse. Enligt denna logik kan en viktig bestämningsfaktor för hälsa vara betydelselös för att förklara ojämlikheter för ett visst utfall, om den samtidigt är jämlikt fördelad över den givna indelningsgrunden.

I rapporten beskrivs resultaten från olika analyser som söker att identifiera bestämningsfaktorer för ojämlikheter i psykisk hälsa och suicid. Analyserna baserade på data från den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” (HLV) undersöker bestämningsfaktorer till den inkomstrelaterade ojämlikheten i nedsatt psykiskt välbefinnande. Resultaten visade att de faktorer som bidrog mest till ojämlikheten var **sysselsättning, ekonomisk kris och upplevelse av kränkning**, som tillsammans förklarade 43 procent av ojämlikheten. Resultaten från de analyser som baseras på data från Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) och the Swedish Interdisciplinary Panel (SIP) visade att **utbildning och arbetsinkomst** var viktiga bestämningsfaktorer för den inkomstrelaterade ojämlikheten i både självrapporterad ångest och psykiatriska diagnoser samt suicid. **Födelseland** var en annan bestämningsfaktor som hade olika betydelse för olika utfall. Att vara född utanför Sverige bidrog till den inkomstrelaterade ojämlikheten i självrapporterad ångest men motverkade ojämlikheten i psykiatriska diagnoser och suicid. Att ha utrikes födda föräldrar bidrog dock till ojämlikhet i slutenvårdsdiagnoser och suicid. Resultaten från analyserna av den ökade ojämlikheten visade att en **minskning av andelen med arbetsinkomst** verkar vara den faktor som bidrar mest till ökningen i ojämlikhet (för diagnoser och suicid). En **minskad andel gifta** i befolkningen verkar också bidra till ökad ojämlikhet i psykiatriska diagnoser.

Vi undersökte även bestämningsfaktorer till komplexa ojämlikheter (det vill säga kombinationer av sociala positioner). Resultaten visade att materiella livsvillkor, särskilt **arbetsmarknadssituation** och **ekonomisk kris**, hade stor betydelse för de ojämlikheter i nedsatt psykiskt välbefinnande som inkluderade de socioekonomiska positionerna. Generellt visade psykosociala livsvillkor en varierande betydelse för ojämlikheterna i psykisk ohälsa. Analysen visade att betydelsen av de psykosociala livsvillkoren varierade beroende på vilken ojämlikhet som undersöktes. Till exempel var **kränkning** en betydelsefull bestämningsfaktor för ojämlikheter som inkluderade diskrimineringsgrunderna kön och sexuell orientering, och i viss mån även födelseland, men inte för ojämlikheter som inkluderade utbildning. Särskilt stora var de ojämlikheter i nedsatt psykiskt välbefinnande som beaktade kön respektive inkomst i kombination med diskrimineringsgrunderna födelseland och sexuell orientering. Dessa ojämlikheter förklarades framför allt av att utrikes födda eller icke-heterosexuella personer med låg inkomst eller kvinnor hade högre grad av **otrygghet** och lågt **socialt stöd** och rapporterade mer **kränkningar**. Samtidigt hade de en ofördelaktig **arbetsmarknadssituation** och ansträngd **ekonomisk situation**.

## Avslutande diskussion

Den psykiska hälsan har lyfts fram som vår tids stora utmaning. I den här rapporten identifierar vi ojämlikheter i psykisk hälsa utifrån olika grunder – både socioekonomiska och diskriminerande. Vi analyserar även en rad faktorer betydelse för olika slags ojämlikheter i psykisk hälsa. Rapporten utgår från ett fokus på sociala skillnader. Utgångspunkten är att hälsan hos olika grupper är kopplad till den sociala fördelningen av olika villkor och möjligheter (resurser) i ett samspel som sker över hela livet (25).

### För att minska ojämlikhet i psykisk hälsa måste fokus ligga på barnen

Mycket pekar på att de flesta psykiska sjukdomar startar tidigt i livet (51). Att ge varje barn en bra start i livet är avgörande för att minska ojämlikhet i hälsa över livsloppet (52). Att vi i den här rapporten ser socioekonomiska skillnader i psykiska besvär redan bland små barn ger därför en signal om behovet av tidiga insatser som främjar dessa barns psykiska hälsa. Senare tids forskning har visat att sociala bestämningsfaktorer redan tidigt påverkar risken för psykisk ohälsa (14). Mödravård, barnhälsovård och förskola har en viktig roll i att uppmärksamma och stödja föräldrar och barn i behov av extra stöd och kompenserande insatser (6, 53). Även skolan har en central roll när det gäller barn och ungas psykiska hälsa, och en viktig kompensatorisk uppgift. Tidigare studier visar att socioekonomiska skillnader i psykiska besvär bland skolelever ökat över tid (54). Psykiska besvär i barndomen kan utvecklas till psykiatrisk sjuklighet (55) vilket riskerar att ge konsekvenser senare i livet som ytterligare förstärker socioekonomiska skillnader i hälsa. Barn och unga vuxna som vårdats för depressioner och ångestsyndrom riskerar långdragna sjukdomsförlopp, med negativa konsekvenser för hälsan och funktionsförmågan (29). Den här rapporten visar även att uppväxt i en familj som på olika sätt är utsatt medför ökad risk för psykisk sjukdom senare i livet.

Förutom socioekonomiska ojämlikheter i psykiska besvär och i positiv psykisk hälsa, visar våra analyser även på ojämlikheter utifrån funktionsnedsättning (här inkluderas både fysisk funktionsnedsättning såväl som läs- och skrivsvårigheter) och sexuell läggning i positiv psykisk hälsa. För psykiska besvär saknas ännu analyser om huruvida det finns ojämlikheter utifrån diskrimineringsgrunderna funktionsnedsättning och sexuell läggning, men det är troligt att de går i samma riktning. Studier visar att unga med funktionshinder även ofta utsätts för mobbning och nättrakasserier (56). Vad gäller skillnader mellan pojkar och flickor visar analyserna om små barns psykiska ohälsa att pojkar och flickor uttrycker olika former av psykiska besvär. Detta visar att skillnader mellan hur kvinnor och män uttrycker psykiska besvär kan observeras redan från tidig ålder, något som annan forskning styrker (57).

## Samband mellan socioekonomiska faktorer och psykisk ohälsa

Psykiska besvär är utbredd i befolkningen, i alla åldersgrupper. Däremot skiljer sig förekomsten mellan olika socioekonomiska grupper. Det är mer vanligt förekommande med psykiska besvär bland de med kortast utbildning. För psykiatriska diagnoser finns en social gradient i utbildning som är starkare för mer allvarliga diagnoser.

Våra analyser visar att psykiatriska diagnoser har blivit alltmer koncentrerade i gruppen med kort utbildning. Man bör även ha i åtanke att denna grupp har förändrats över tid både i storlek och sammansättning, vilket också kan påverka graden av utsatthet. Bland 25–64-åringar var andelen med grundskola som högsta utbildningsnivå 33 procent 1990 (58). År 2017 var motsvarande andel 12 procent. Sammansättningen av gruppen med kort utbildning har också förändrats (59). Gruppen består i allt högre grad av män och av utrikes födda. Vidare utgör personer i äldre åldrar en allt större del av gruppen, men även andelen unga har ökat.

Ännu tydligare blir sambanden mellan socioekonomi och psykisk hälsa när vi betraktar inkomstrelaterade skillnader i psykisk hälsa. Dessa skillnader har ökat mellan 1992 och 2011 för både psykiska besvär, psykiatriska diagnoser och suicid. År 2011 stod den femtedel av befolkningen med lägst inkomst för mer än 30 procent av alla självmord och självrapporterade fall av ångest, och för hälften av alla psykiatriska diagnoser. Det finns ett väletablerat samband mellan låg inkomst och dålig hälsa, även om de underliggande orsakssambanden är komplexa. Inkomsten kan påverka den psykiska hälsan på flera sätt, sjukdom kan leda till negativa sociala och ekonomiska konsekvenser, men låg inkomst kan också bidra till sämre psykisk hälsa. Personer med låg inkomst kan uppleva stress över ekonomi, en sämre kontroll över livssituationen och mindre möjligheter till rekreation. Dessutom är det kopplat till sämre standard för boende, mat och andra nödvändigheter, samt till ohälsosamma levnadsvanor som rökning.

Den här rapporten visar att ekonomiska problem och att inte förvärvsarbeta var viktiga bestämningsfaktorer för ojämlikhet i psykiska besvär mellan olika inkomstgrupper. Både arbetsmarknads- och ekonomisk situation är bestämningsfaktorer för psykisk ohälsa, och har en inneboende koppling till socioekonomisk position. Arbetsmarknadsinsatser och åtgärder för att minska ekonomiska utsatthet kan därför sannolikt minska den psykiska ohälsan i denna grupp och minska de socioekonomiska ojämlikheterna i psykisk hälsa. Det är också viktigt att uppmärksamma den sociala gradient i psykiska besvär som finns över olika inkomstgrupper, vilket tyder på att det inte enbart är den absoluta inkomsten i sig utan även andra faktorer som spelar in.

Generellt verkar det vara en förändrad styrka på sambandet mellan de faktorer som studerades som bidragit mest till den ökade inkomstrelaterade ojämlikheten vad gäller psykiatriska diagnoser, det vill säga hur inverkan av att vara exempelvis

kvinnor, lågutbildad eller icke-förvärvsarbetande ökat över tid. Däremot verkar det vara en förändrad sammansättning av i befolkningen (fördelning) som ligger bakom den ökade inkomstrelaterade ojämlikheten i suicid, i och med att det är vanligare med suicid bland icke-förvärvsarbetande och personer med föräldrar födda utomlands och dessa grupper ökade över tid. För psykiska besvär (självrapporterad ångest) bidrog varken en förändrad betydelse av faktorer eller en förändrad sammansättning av befolkningen till ökningen i inkomstrelaterad ojämlikhet. Framför allt var det förändrad styrka på sambandet mellan att sakna arbetsinkomst och psykisk ohälsa som bidragit till den ökade inkomstrelaterade ojämlikheten över tid, i psykiska besvär, psykisk ohälsa och suicid.

Förändringar av olika demografiska och socioekonomiska faktorer i befolkningen har också påverkat ojämlikheten i psykisk ohälsa. Dessa befolkningsförändringar förklarar dock bara en del av hur ojämlikheten i psykisk ohälsa utvecklats. Detta innebär att det även finns andra orsaker till den ökande ojämlikheten. Därtill bidrar förändringar av enskilda demografiska och socioekonomiska faktorer i olika omfattning, och även i olika riktning, till ojämlikheten i psykisk ohälsa.

Analyserna visade också att psykisk ohälsa verkar bli alltmer vanligt förekommande i de befolkningsgrupper där förekomsten av psykisk ohälsa redan sedan tidigare varit hög. Förekomsten av ångest, psykiatriska diagnoser inom öppen- och slutenvården samt suicid återfanns i ökande utsträckning bland kvinnor och bland dem som inte deltar på arbetsmarknaden jämfört med män och de som deltar på arbetsmarknaden. När det gäller suicid har det minskat över tid, men mer bland män än bland kvinnor. Det är dock fler män än kvinnor som avlider till följd av suicid.

Psykisk ohälsa i sig påverkar möjligheterna att både få arbete och att bli kvar på arbetsmarknaden, och sysselsättningen är lägre bland personer med nedsatt psykiskt välbefinnande eller någon psykiatrisk diagnos. De negativa konsekvenserna av psykisk ohälsa på arbete, inkomst och boende skiljer sig dock mellan olika grupper. Detta riskerar i vissa fall att ytterligare förstärka ojämlikhet i psykisk hälsa mellan olika grupper i befolkningen. Våra studier visar även att personer vårdade i psykiatrisk slutenvård har högre dödlighet, något som även visats i andra studier (38, 60), och även att det finns en tydlig gradient mellan olika utbildningsgrupper i dödlighet.

Vissa grupper som t.ex. mottagare av ekonomiskt bistånd, arbetslösa unga vuxna samt ensamstående föräldrar är överrepresenterade bland personer med låg inkomst, och rapporterar genomgående högre förekomst av psykiska besvär. Arbetsmarknadspolitik och familjepolitik har stor betydelse för dessa gruppers möjligheter till försörjning. Försäkringskassan drar i en rapport slutsatsen att familjepolitikens utjämnande kraft dock har blivit sämre; förmånernas bidrag till att minska de ekonomiska skillnaderna mellan familjer med och utan barn har blivit allt mindre under 2000-talet (61).

## Diskriminerande grunder av betydelse för psykisk ohälsa i vissa grupper

Förekomsten av psykiska besvär, psykiatriska diagnoser och suicid skiljer sig också utifrån diskriminerande grunder. Kvinnor har högre förekomst av både psykiska besvär och psykiatriska diagnoser men lägre förekomst av suicid än män. I den här rapporten analyserades dock generellt inte beroendesjukdomar, vilka utgör en betydande del av den psykiska sjukdomsbördan, speciellt bland män. Detta gör att vi inte har gett en fullständig bild över hur psykisk ohälsa är fördelat mellan kvinnor och män i samtliga ingående studier, eftersom förekomsten av beroendesjukdomar är större bland män (62, 63). För analyser av sociala skillnader i psykiatriska diagnoser som gjorts från patientregistret 2014 har dock även beroende inkluderats för att vi ska kunna uttala oss om skillnader mellan könen på ett rättvisande sätt. I takt med ökad jämställdhet vore det inte en orimlig utveckling att även skillnaderna mellan kvinnor och män vad gäller olika former av psykisk ohälsa jämnas ut. Resultat från denna rapport tyder dock på motsatsen, det vill säga att internaliserande problem blir allt mer vanligt bland kvinnor jämfört med män.

Faktorer som kränkning, otrygghet och bristande socialt stöd hade stor betydelse för ojämlik fördelning av psykiska besvär. Även om vi finner att kvinnor överlag hade aningen mer känslomässigt stöd än män, återfanns detta inte bland kvinnor med låg inkomst, låg utbildning eller i arbetaryrken. Utrikes födda kvinnor och icke-heterosexuella kvinnor rapporterade mest kränkningar av alla jämförda grupper. Ojämlikheter utifrån socioekonomiska grunder är också kopplade till psykosociala faktorer som social isolering. Brist på socialt deltagande och upplevelse av social isolering är riskfaktorer i sig för psykisk ohälsa(64), och psykisk ohälsa kan ytterligare bidra till mer isolering bland annat på grund av stigmatisering. Detta gäller både för kvinnor och män. I denna rapport kunde vi se att isolering var tydligt (och över tid ökande) kopplat till psykiska besvär. Att det var en viktig bestämningsfaktor framkom inte minst bland äldre.

Det sker också en ansamling av riskfaktorer för psykisk ohälsa bland mer utsatta sociala positioner. Rapporten visar exempelvis att personer födda utomlands eller icke-heterosexuella med låg inkomst hade en ofördelaktig arbetsmarknadssituation, ansträngd ekonomisk situation, högre grad av otrygghet, lågt socialt stöd och rapporterade mer kränkningar, jämfört med personer födda i Sverige respektive heterosexuella. Dessa faktorer förklarar i hög grad den observerade ojämlikheten i psykiska besvär.

En minskad stigmatisering av psykisk ohälsa och ett mer inkluderande samhälle gynnar samtliga grupper som här lyfts som mer utsatta för psykisk ohälsa, och är därmed är en viktig fråga för att minska ojämlikhet i psykisk hälsa.

## Hur motverka ojämlikhet i psykisk hälsa?

Trots att det finns kunskap om vad som påverkar den psykiska hälsan negativt, finns ingen konsensus hur man på samhällsnivå ska motverka psykisk ohälsa. Det

finns däremot kunskap om hur olika aktörer på olika arenor kan arbeta med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa (53). Exempelvis kan detta göras genom insatser i skolan (65) och på arbetsplatsen (14). Det finns även kunskap om hur psykisk ohälsa kan behandlas inom vården både med och utan läkemedel i olika åldersgrupper (14). Även om det finns riktlinjer för vård av psykisk sjukdom, finns det samtidigt en otydlighet i samhället om vad som ska betraktas som normala aspekter av livet eller naturliga reaktioner på svåra livsomständigheter och vad som är faktisk sjukdom. Detta speglas exempelvis genom att psykiatriska diagnoser tillkommer eller tas bort, och att kriterier för befintliga psykiatriska diagnoser förändras i de olika upplagorna av DSM och ICD. Effekten av insatser och åtgärder kan skilja sig åt mellan olika socioekonomiska och sociala grupper i befolkningen. Allt detta gör det också svårt att utifrån de samband som rapporten visar föreslå konkreta åtgärder som vi med säkerhet kan säga skulle minska ojämlikheter i psykisk hälsa. Vi kan dock peka på faktorer och villkor som har betydelse för ojämlikhet i psykisk hälsa, och hur de är fördelade i olika grupper. Att inte ha ett arbete verkar exempelvis ha stor betydelse för ojämlikheter i psykisk ohälsa utifrån både socioekonomiska och diskriminerande grunder.

## Metodologiska överväganden

Ambitionen för denna rapport har varit att ge en bred bild av hur den psykiska hälsan i Sverige är fördelad, mellan vilka grupper vi kan se skillnader i psykisk hälsa, och vad ojämlikheter i psykisk hälsa kan bero på. Vi har också avsett att belysa kunskapsluckor. För sammanställningen har en rad olika datakällor och metoder använts. Fördelen med ansatsen är att den ger en bredd i vad som undersöks, men samtidigt skapar det vissa svårigheter i att sammanföra alla resultat. Det har inte varit möjligt att belysa alla aspekter av psykisk hälsa, eller alla bestämningsfaktorer. Flera avgränsningar har gjorts. Uppdraget inkluderar inte kunskap om effekter av förebyggande insatser eller förslag på åtgärder. Även om hälso- och sjukvården i sig är en viktig bestämningsfaktor för hälsa har den inte analyserats i detta uppdrag. Beroendeproblematik har heller inte tagits med i samtliga analyser eftersom gränsdragningen gentemot psykisk ohälsa kan vara komplicerad. För analyser av sociala skillnader i psykiatriska diagnoser som gjorts från patientregistret 2014 har dock även diagnoser för beroende inkluderats för att vi ska kunna uttala oss om skillnader mellan könen på ett rättvisande sätt. Arbetsmiljö och arbetsrelaterade faktorer är också viktiga bestämningsfaktorer för psykisk hälsa och ohälsa som dock inte har belysts i denna kunskapssammanställning.

Denna rapport har inte haft som syfte att undersöka huruvida den psykiska ohälsan förändras, utan snarare att undersöka vilka hälsoskillnader och ojämlikheter som finns och vilka faktorer som bidrar till dessa. Men det är viktigt att notera att utvecklingen för olika psykiska utfall skiljer sig över tid. Under perioden 1994–2011 ökade psykiatriska diagnoser väsentligt inom slutenvården och öppenvården bland 31–64-åringar, men förekomsten av självrapporiterad ångest var oförändrad och



suicidfrekvensen minskade. Samtidigt har andelen 13- och 15-åriga flickor och pojkar i Sverige som rapporterar återkommande psykosomatiska besvär fördubblats sedan mitten av 1980-talet (66), och även bland 11-åringar är andelen med psykosomatiska besvär den högsta sedan undersökningen Skolbarns hälsovanor startade i mitten av 1980-talet (67). De olika indikatorerna för psykisk ohälsa skiljer sig således åt, och sättet vi mäter psykisk ohälsa på påverkar de slutsatser vi drar. Vissa av de indikatorer som tyder på uppåtgående trender, som t.ex. psykiatriska diagnoser, påverkas delvis av diagnostiseringen och attityder och beteende hos de vårdsökande. Således går det inte att enbart utifrån en ökning av psykiatriska diagnoser att med säkerhet säga att den psykiska ohälsan har ökat.

Den indelning gällande utländsk bakgrund som gjorts i denna rapport, det vill säga född i Sverige jämfört med född utanför Sverige, är sannolikt i vissa fall för grov för att vara relevant, eftersom utrikes födda har mycket skiftande villkor och möjligheter beroende på olika faktorer såsom social position, födelseland, anledning till migration, upplevelse av diskriminering och vistelsetid i Sverige. Analyserna visar dock att det finns skäl att närmare undersöka psykisk hälsa bland utrikes födda för att bättre kunna rikta insatserna. Överlag finns behov av mer uppdelade eller stratifierade analyser, även för andra grupper i befolkningen.

Många av delprojekten inom denna kunskapssammanställning är baserade på befolkningsundersökningar, behäftade med olika grad av bortfall och generaliserbarhet till befolkningen i Sverige, och vi har i rapporten belyst samband mellan olika bestämningsfaktorer och psykisk hälsa. Psykisk hälsa är både en förutsättning för, och en konsekvens av, många av de bestämningsfaktorer som vi studerar, vilket komplicerar tolkningarna. För att uttala sig om kausalitet krävs longitudinella data och analyser, och vi ser behov av fler sådana studier. Det gäller även för att belysa livsloppsperspektivet. Vi ser exempelvis att risken för psykisk ohälsa i vuxen ålder påverkas av förekomsten av indikatorer för utsatthet i barndomen, samt att tidigare psykisk ohälsa är förknippat med psykisk ohälsa bland äldre. Det krävs dock mer forskning för att se hur vi kan förebygga psykisk ohälsa och främja god psykisk hälsa genom livet. Tillgång till relevanta data är avgörande för fortsatt uppföljning av ojämlikheter i psykisk hälsa och dess bestämningsfaktorer.

## Vilken kunskap är bristfällig?

Mycket av den forskning som denna kunskapssammanställning är baserad på använder sig av register eller nationella befolkningsenkäter. Dessa källor omfattar inte tillhörighet i nationella minoriteter, och för att få information om hälsoläget i dessa grupper får vi lita till riktade undersökningar. Vi har därför inte gått in på situationen för dessa grupper i denna sammanställning. En kunskapssammanställning som belyst samernas psykiska hälsa (68), visar exempelvis att samerna har sämre psykisk hälsa än befolkningen i övrigt, men att det behövs bättre underlag för att kunna dra tillförlitliga slutsatser av materialet.

I studien av positiv psykisk hälsa bland unga såg vi att de med funktionsnedsättning har en lägre grad av positiv psykisk hälsa, och att utvecklingen tycks gå mot att skillnaden mot övriga unga ökar. Detta är bekymmersamt, och anledningarna behöver följas upp och utforskas. Vi har inte studerat ojämlikhet i psykisk hälsa för vuxna med funktionsnedsättning men ser det som angeläget att följa upp detta, inte minst i ljuset av de förändringar som skett inom tillämpningen av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) under de senaste åren.

Vi behöver ökad kunskap om regionala skillnader i psykisk ohälsa – vi vet t.ex. att det finns skillnader i suicid mellan stad och landsbygd, samt mellan olika delar av landet (69). Mer analyser med fokus på regionala skillnader behövs också för psykiska besvär och psykiatriska diagnoser.

Mer forskning behövs för att klargöra hur de sociala och ekonomiska konsekvenserna av psykisk ohälsa skiljer sig åt mellan olika befolkningsgrupper och vilka faktorer som påverkar denna fördelning. Framtida forskning bör också studera skillnader baserat på socioekonomisk status, ålder och etnicitet i större utsträckning. Det behövs även mer forskning om hur specifika policys, inom exempelvis arbetsmarknad, familjepolitik och utbildningssystemet, påverkar ojämlikhet i psykisk hälsa.

Vi har undersökt olika slags bestämningsfaktorer som faller inom de olika domäner eller dimensioner som beskrevs inledningsvis i rapporten. Vi har framför allt undersökt bestämningsfaktorer inom den ekonomiska och sociokulturella domänen. Vi har dock inte undersökt några bestämningsfaktorer som har med miljömässiga händelser att göra, och än så länge väldigt få som hör till närområdets betydelse. Analyserna av bestämningsfaktorer för *ojämlikhet* har även varit begränsade till den vuxna befolkningen men skulle i framtiden behöva omfatta barn, unga och äldre. I framtiden skulle vi även behöva undersöka bestämningsfaktorer till de ojämlikheter i positiv psykisk hälsa som identifierades i rapporten bland både barn, unga och vuxna och äldre.

## Rapportens fynd i relation till de nya målområdena för folkhälsopolitiken

I år antog riksdagen ett nytt övergripande mål för den nationella folkhälsopolitiken. Målet är att skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Vidare har åtta nya målområden beslutats av riksdagen, och dessa är 1) Det tidiga livets villkor, 2) Kunskaper, kompetenser och utbildning, 3) Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö, 4) Inkomster och försörjningsmöjligheter, 5) Boende och närmiljö, 6) Levnadsvanor, 7) Kontroll, inflytande och delaktighet, samt 8) En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Folkhälsopolitiken ska söka öka jämlikheten i villkor och möjligheter inom dessa åtta områden för att därigenom öka jämlikheten i hälsa. Nedan relateras fynd i rapporten till respektive område.

**Det tidiga livets villkor.** Det är en viktig kunskap att vi finner sociala skillnader redan i små barns psykiska hälsa. Den vetenskapliga tidskriften *The Lancet* har publicerat en sammanställning av insatser som har effekt i att stödja små barns hälsa och utveckling (70), och som visar att det finns ett kritiskt ”tidsfönster” under tidig barndom när nyttan av insatser är speciellt stor och att god omvårdnad kan leda till livslånga positiva effekter. Samverkan mellan olika instanser kan med fördel ske utifrån en befintlig plattform och integreras för att uppnå positiva effekter. Barnavårdscentraler (BVC) har därmed en viktig roll i att främja hälsa och uppmärksamma och förebygga psykisk ohälsa i småbarnsfamiljer. Verksamheten med hembesök till förstagångsföräldrar i samverkan mellan socialtjänst och BVC, som startade i Rinkeby, har exempelvis potential att minska ojämlikhet i hälsa som beror på socioekonomisk status (71). Förskolan har också en viktig roll då högkvalitativ barnomsorg med individualiserad uppmärksamhet har visat sig förbättra barns kognitiva utveckling (70).

**Kunskaper, kompetenser och utbildning.** Psykisk ohälsa kan i sig öka risken för skolmisslyckande. Vi har i rapporten visat att de ungdomar som har en sämre socioekonomisk situation har högre förekomst av psykisk ohälsa. Att vara icke-heterosexuell och att ha funktionsnedsättning är också förknippat med sämre psykisk hälsa bland ungdomar. Vidare visar rapporten att indikatorer på utsatthet i barndomen medför ökad risk för psykisk sjukdom i vuxen ålder. En studie av Almqvist och medarbetare visar att bland ungdomar med fördelaktiga uppväxtvillkor gällande skola, kamrater och fritid finns det inget samband mellan ogynnsamma uppväxtvillkor i familjen och sämre (självskattad) hälsa i vuxenlivet (72). Det tyder på att skyddsfaktorer utanför familjen kan väga upp för riskfaktorer inom familjen. Skolan har en central roll i detta, och en viktig kompensatorisk uppgift. Förutom utökad stöd till grupper med särskilda behov kan specifika kompetenser och kunskaper om psykisk ohälsa kan också vara en viktig resurs som skolan kan förmedla, vilket även den nationella samordnaren i psykisk hälsa har lagt fram i ett förslag ref.

**Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö.** Rapporten visar att sysselsättningen är lägre bland personer med psykisk ohälsa och att psykisk ohälsa påverkar möjligheterna att bli kvar på arbetsmarknaden, något som även andra studier visat (73, 74) Att inte ha arbete visade sig även vara en viktig bestämningsfaktor både för den inkomstrelaterade ojämlikheten och för komplexa ojämlikheter i psykisk ohälsa och suicid, vilket talar för att främja en rörlig arbetsmarknad och skapa arbetstillfällen.

**Inkomster och försörjningsmöjligheter.** Av de indikatorer vi använder för att studera socioekonomisk status var det ojämlikheterna utifrån inkomst som var de största och då med nackdel för de med låg inkomst. Analyserna av komplexa ojämlikheter (kombinerade sociala positioner) tyder även på att hög inkomst slår igenom så starkt att andra sociala positioner som annars kan förknippas med lägre risk för psykisk ohälsa, inte medför någon ytterligare riskminskning när de kombineras med hög inkomst. De visar även att när låg inkomst kombineras med en ytterligare negativ position förändras siffrorna till det sämre.

Arbetsmarknadspolitiska insatser och olika transfereringar syftar till att minska ojämlikheter i inkomst. Insatser för att minska ekonomisk utsatthet kan sannolikt minska den psykiska ohälsan och socioekonomiska ojämlikheter i psykisk hälsa.

**Boende och närmiljö.** Rapporten visar att äldre personer i områden som kan karakteriseras som mer utsatta rapporterar en sämre psykisk hälsa. Även om forskningen inom detta område är begränsad visar den exempelvis att risken för suicid är högre i mer socioekonomiskt utsatta områden (75). Det finns skäl att utforska hur man genom stadsplanering, säker tillgång till samhällsservice och sjukvård, och utökade resurser i dessa områden kan skapa en boendemiljö som främjar en jämlik psykisk hälsa. Detta kan vara särskilt viktigt för grupper som av olika skäl har begränsad rörlighet såsom barn, äldre, personer med funktionsnedsättning och ekonomiskt utsatta.

**Levnadsvanor.** Rapporten visar att de som har psykisk ohälsa i högre uträkning rapporterar sämre levnadsvanor, i alla åldersgrupper. Det vore värdefullt att utforska denna snedfördelning närmare och se om den på något sätt bidrar till ojämlikheter utifrån antingen socioekonomiska eller diskriminerande grunder. Här fyller flera instanser som vården, skola och arbetsplatser en viktig funktion i att främja goda levnadsvanor. Det är också viktigt att underlätta goda levnadsvanor för äldre med nedsatt psykiskt välbefinnande.

**Kontroll, inflytande och delaktighet.** Rapporten visar att de grupper som har psykiska besvär rapporterar lägre nivåer av tillit och delaktighet. Upplevelser av kränkning var framförallt en betydelsefull bestämningsfaktor för inkomstrelaterade ojämlikheter och de komplexa ojämlikheter som inkluderade diskrimineringsgrunderna födelseland och sexuell orientering. Exempelvis var det utrikes födda kvinnor och icke-heterosexuella kvinnor som rapporterade mest kränkningar. Det är därför viktigt att motverka diskriminering och annan kränkande behandling samt att verka för ett mer inkluderande samhälle som upplevs som tryggt för alla. Skyddsfaktorer för psykisk ohälsa är att känna sig delaktig, ha ett socialt nätverk och få social stimulans.

**En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.** Detta område har inte undersökts i denna rapport men vi kan notera att det finns anledning att följa upp tillgången till vård bland både yngre och äldre, samt de med psykiatrisk diagnos. Den höga graden av psykisk ohälsa bland unga är oroväckande, och den indikerar att det finns ett behov av att stärka det förebyggande och hälsofrämjande arbetet för psykisk hälsa i denna grupp. I den äldre befolkningen ser vi en omvänd social gradient i andelen som fått en diagnos i psykiatrisk öppen- och slutenvård, det vill säga att de med längst utbildning har störst andel diagnoser. Vår rapport visar även att personer vårdade i psykiatrisk slutenvård har högre dödlighet än de som inte vårdats, något som även visats i andra studier (38, 60), och vidare att det finns en tydlig social gradient mellan olika utbildningsgrupper. Andra studier har kopplat den ökade dödligheten bland annat till ett sämre medicinskt omhändertagande vid somatisk sjukdom (38).

# Slutsatser

Sammanfattningsvis visar rapporten att:

- Det finns sociala skillnader i förekomsten av psykisk hälsa i alla åldersgrupper.
- Både socioekonomisk ställning och diskrimineringsgrunder har betydelse för den psykiska hälsan. De viktigaste bestämningsfaktorerna för ojämlikhet i psykisk hälsa är kopplade till sysselsättning och ekonomi.
- Psykisk ohälsa har samband med ogynnsamma livsvillkor och negativa arbetsmarknadsutfall såsom arbetslöshet eller låg inkomst, samt ökad dödlighet.

Det finns sociala skillnader i förekomst av positiv psykisk hälsa och psykisk ohälsa i alla åldersgrupper. Vi identifierar ojämlikheter i självrapporterade psykiska besvär redan från tidig ålder utifrån både kön och socioekonomi. Psykiska besvär kan utvecklas till allvarigare psykisk ohälsa vilket riskerar att ge konsekvenser senare i livet som i vissa fall ytterligare förstärker socioekonomiska skillnader i hälsa. Barn och unga som lever i socioekonomiskt utsatta hushåll rapporterar mer psykosomatiska besvär. Rapporten stöder tidigare forskning som visar att också att utsatthet i olika former i barndomen kan kopplas till risk för psykisk sjukdom i vuxen ålder, ett livsloppsperspektiv är därmed viktigt för förståelsen av psykisk hälsa.

Det finns ojämlikheter i psykisk ohälsa utifrån både socioekonomiska grunder som inkomst och utbildning och diskrimineringsgrunder som kön, funktionsnedsättning och sexuell läggning. Sambandet mellan inkomst och hälsa går åt båda hållen, och är dessutom självförstärkande; psykisk ohälsa kan leda till inkomstbortfall och inkomstbortfall kan leda till psykisk ohälsa. Ojämlikheter i psykiska besvär, psykiatriska diagnoser och suicid relaterade till inkomstnivå är betydande och har ökat över tid bland vuxna. Ojämlikhet utifrån födelseland visar inga tydliga mönster i denna kunskapsammanställning men behöver analyseras djupare. Att leva med psykisk ohälsa är kopplat till ogynnsamma livsvillkor och negativa arbetsmarknadsutfall. Dödlighet bland de som fått psykiatrisk slutenvård är också högre än för de som inte vårdats, och allra högst är den bland de med kortare utbildning.

Det finns anledning att följa den psykiska hälsans utveckling i de grupper som identifierats som mer utsatta. Att kombinera olika sociala positioner i analyserna (komplex ojämlikhet) ger värdefull information om hur sociala positioner samspelar och resulterar i både förstärkande och dämpande effekter på ojämlikhet i psykisk hälsa.

Att vi finner socioekonomiska skillnader i psykiska besvär bland små barn och bland unga ger en signal om behovet av tidiga insatser som främjar dessa barns psykiska hälsa. Strukturella faktorer såsom familjepolitik kan göra skillnad för ojämlikheter i psykisk hälsa. Skolan är en arena som når alla barn och unga, och

har en viktig kompensatorisk uppgift för att minska ojämlik psykisk hälsa och förbättra förutsättningarna för de mest utsatta.

De viktigaste bestämningsfaktorerna för ojämlikheter i psykisk hälsa bland vuxna är kopplade till sysselsättning och ekonomi, för alla studerade utfall. Det gäller både ojämlikheter utifrån inkomst och komplexa ojämlikheter. Insatser för att minska den ekonomiska utsattheten och främja sysselsättningen kan därför ha betydelse för att minska ojämlikhet i psykisk hälsa. Otrygghet och kränkning är viktiga faktorer för komplexa ojämlikheter i psykisk ohälsa som inkluderar diskrimineringsgrunderna, vilket pekar på behovet av ett mer inkluderande samhälle.

Den gradient i psykiska besvär som finns över olika inkomstgrupper tyder på att det inte enbart är den absoluta inkomsten i sig utan även andra faktorer som spelar in. För att minska den sociala gradienten i psykisk hälsa och samtidigt hjälpa de särskilt utsatta bör åtgärder för att reducera skillnader i psykisk hälsa anpassas så att de i omfattning och utformning tar särskild hänsyn till grupper med låg socioekonomisk position, samt grupper som här identifierats som särskilt utsatta, utifrån det som brukar kalla proportionell universalism. Detta innebär att insatser som görs för att förbättra psykisk hälsa bör vara universella, det vill säga riktade till hela befolkningen, men samtidigt vara proportionella till de behov som finns i mer utsatta grupper.

# Referenser

1. Mackenbach J. Health Inequalities: Europe in Profile. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU European Union; 2006.
2. Marmot M. Nordic leadership and global activity on health equity through action on social determinants of health. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2018;46(20\_suppl):27-9.
3. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva; 2008.
4. Stigendal M, Östergren P-O. Malmöns väg mot en hållbar framtid : hälsa, välfärd och rättvisa. Malmö: Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö; 2013.
5. Göteborgs Stads program för en jämlik stad 2018-2026. Göteborgs Stad; 2018.
6. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa (SOU 2017:47) Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. 2017.
7. God och jämlik hälsa - en utvecklad folkhälsopolitik. (Proposition 2017/18:249). Regeringen; 2018.
8. World Health Organization (WHO). Constitution of WHO: principles [Tillgänglig från: <https://www.who.int/about/mission/en/>]
9. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender Differences in Depression in Representative National Samples: Meta-Analyses of Diagnoses and Symptoms. *Psychological Bulletin* 2017;143(8):783–822.
10. Cano-Montalbán I. Sociodemographic Variables Most Associated with Suicidal Behaviour and Suicide Methods in Europe and America. A Systematic Review. *The European journal of psychology applied to legal context*, 2018 10(1):15-25.
11. Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*. 2003;157(2):98-112.
12. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 2013;90:24-31.
13. Sven B, Christina D. Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga. Formas, Forte, Vetenskapsrådet och Vinnova; 2015.
14. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*. 2018;392(10157):1553-98.
15. Agardh E, Danielsson A-K, Guban P, Kellerborg K, Lager A, Rabiee R, Allebeck P. Sjukdomsburda och riskfaktorer i Stockholms län 1990 och 2015. Resultat från den globala sjukdomsburdestudien (GBD) KI & CES. 2017.
16. Marmot M. Health inequalities and mental life. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2012;18(5):320-2.
17. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies; 1991.
18. World Health Organization. Social determinants of mental health. 2014
19. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(4):357-69.
20. Barry M. Addressing the determinants of positive mental health: concepts, evidence and practice *International Journal of Mental Health Promotion*. 2009;11(3):4-17.
21. Øversveen E, Rydland HT, Bambra C, Eikemo TA. Rethinking the relationship between socio-economic status and health: Making the case for sociological theory in health inequality research. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2017;45(2):103-12.
22. Brunner E, Marmot M. In: Marmot M, Wilkinson RG, editors. *Social Determinants of Health* second edition. New York: Oxford University Press; 2006.
23. Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic position. In: Berkman L, Kawachi I, editors. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 13-35.

24. Jarvis MJ, Wardle J. Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. In: Marmot M, Wilkinson R, editors. Social determinants of health. New York: Oxford University Press; 2006. p. 224-37.
25. Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. (SOU 2016:55). Stockholm; 2016.
26. Heckley G, Gerdtham U-G, Kjellsson G. A general method for decomposing the causes of socioeconomic inequality in health. *Journal of Health Economics*. 2016;48:89-106.
27. Oaxaca R. Male-female wage differentials in urban labor markets. *International economic review*. 1973;693-709.
28. Wagstaff A, Van Doorslaer E, Watanabe N. On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam: The World Bank; 2001.
29. Socialstyrelsen. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Till och med 2016. Stockholm; 2017.
30. Folkhälsomyndigheten. Nedsatt psykiskt välbefinnande; 2018 [Tillgänglig från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/>].
31. Försäkringskassan. Sjukfrånvarons utveckling 2016. Socialförsäkringsrapport 2016:7, Stockholm; 2016.
32. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2007;6(3):168-76.
33. Petersen S, Bergström E, Cederblad M, Ivarsson A, Köhler L, Rydell A-M, et al. Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige: En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid: Kungl. Vetenskapsakademien; 2010.
34. Durbeej N, Liljeström S, Sarkadi, A. Strukturella, socioekonomiska och diskrimineringsgrundande bestämningsfaktorer för jämlikhet i barns psykiska hälsa: En litteraturöversikt och en empirisk studie. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; Under publicering 2019.
35. Söderqvist F. Skillnader i positiv psykisk hälsa bland skolungdomar. Analys utifrån Liv och hälsa ung undersökningsåren 2014 och 2017. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2018.
36. Björkenstam E, Björkenstam, C, Kosidou, K, Vaez, M. Samband mellan utsatthet i barndomen och psykisk sjukdom i vuxen ålder. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; Under publicering 2019.
37. Söderqvist F. Skillnader i positiv psykisk hälsa bland olika grupper. En kartläggande litteraturöversikt utifrån kön, ålder, socioekonomisk status, födelseland och sexuell läggning. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2018.
38. Torgerson J, Risö Bergerlind L-L. Markant somatisk översjuklighet vid allvarlig psykisk sjukdom. *Läkartidningen*. 2018(38).
39. Linder A, Spika D, Gerdtham U-G, Fritzell S, Heckley G. Mental health and its socioeconomic inequality in Sweden: the role of demographic changes over time. 2018 okt 16, (Working Papers; 2018:26).
40. Trygg N, Månsdotter A, Gustafsson P. Komplexa ojämlikheter i psykisk ohälsa. En kartläggande litteraturöversikt. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; Under publicering 2019.
41. Trygg N, Månsdotter A, Gustafsson, P. Komplexa ojämlikheter i psykisk ohälsa. Analyser baserade på undersökningen "Hälsa på lika villkor" år 2010-2015 Stockholm: Folkhälsomyndigheten; Under publicering 2019.
42. Rousou E, Kouta C, Middleton N, Karanikola M. Single mothers' self-assessment of health: a systematic exploration of the literature. 2013. p. 425-34.
43. Jonsson J, Östberg V. Studying Young People's Level of Living: The Swedish Child-LNU. *Child Indicators Research*. 2010;3(1):47-64.



44. Kiernan KE, Huerta MC. Economic deprivation, maternal depression, parenting and children's cognitive and emotional development in early childhood 1. *British Journal of Sociology*. 2008;59(4):783-806.
45. Fransson E, Gähler M, Fritzell S. Child living arrangements following separation and health of parents in Sweden. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; Under publicering 2019.
46. Lennartsson C, Heap, J, Sundberg L, Fors S. Skillnader i psykisk ohälsa bland äldre personer: en genomgång av vetenskaplig litteratur samt en epidemiologisk studie. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; Under utgivning 2019.
47. Gustafsson P, Trygg N. Beror komplexa ojämlikheter i psykisk ohälsa på ojämlika livsvillkor? Analyser utifrån "Hälsa på Lika Villkor"-undersökningen 2010-2015. Stockholm Folkhälsomyndigheten; Under publicering 2019.
48. Linder A, Saha S, Gerdtham U-G. Differences in the consequences of depression and anxiety among population subgroups: A literature review. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; Under publicering 2019.
49. Jarl J, Linder, A, Nyberg, A, Gerdtham, U-G. Inequalities in the consequences of common mental disorders. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; Under publicering 2019.
50. McAllister A, Fritzell S, Almroth M, Harber-Aschan L, Larsson S, Burström B. How do macro-level structural determinants affect inequalities in mental health? – a systematic review of the literature. *International Journal for Equity in Health*. 2018;17(1):180.
51. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry*. 2007;6(3):168.
52. Marmot, M. Fair society, healthy lives : the Marmot Review : strategic review of health inequalities in England post-2010. (2010) ISBN 9780956487001
53. Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2014;26(4):392-407.
54. Folkhälsomyndigheten. Socioekonomiska villkor och psykisk hälsa bland tonåringar. Stockholm; 2015.
55. Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47(3-4):276-95.
56. Fridh M. Bullying, violence and mental distress among young people. Cross-sectional population-based studies in Scania, Sweden. [Akademisk avhandling] Lund: Lund University; 2018.
57. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*. 2017;143(8):783.
58. SCB. Utbildningsnivån i Sverige: SCB; [20181203]. Tillgänglig från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/>.
59. Folkhälsomyndigheten. Uppdrag att analysera utvecklingen av utbildningsnivåerna i befolkningen ur ett folkhälso- respektive hälso- och sjukvårdsperspektiv. Slutredovisning av regeringsuppdrag. Stockholm; 2015.
60. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PloS one*. 2013;8(1):e55176.
61. Försäkringskassan. Barn- och familjeförmanernas betydelse för barnhushållen ekonomi- utveckling över tid. Stockholm; 2018.
62. Boyd A, Van de Velde S, Vilagut G, De Graaf R, Florescu S, Alonso J, et al. Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: results from a large cross-sectional population-based study. *Journal of affective disorders*. 2015;173:245-54.
63. Riecher-Rössler A. Sex and gender differences in mental disorders. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(1):8-9.
64. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2010;40(2):218-27.

65. Folkhälsomyndigheten. Psykisk ohälsa bland högskole- och universitetsstudenter kan förebyggas. Stockholm; 2018.
66. Folkhälsomyndigheten. Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014. Stockholm; 2018.
67. Folkhälsomyndigheten. Fler 11-åringar uppger psykosomatiska besvär Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2018 [20181203]. Tillgänglig från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2018/juni/fler-11-aringar-uppger-psykosomatiska-besvar/>
68. Stoor P. Kunskapssammanställning om samers psykosociala ohälsa. Sametinget. Kiruna; 2016.
69. Folkhälsomyndigheten. Lägst andel självmord bland män i storstäder Stockholm: Folkhälsomyndigheten; [20181203]. Tillgänglig från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2018/juni/lagst-andel-sjalvmord-bland-man-i-storstader/>.
70. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet*. 2017;389(10064):91-102.
71. Barboza M, Kulane A, Burström B, Marttila A. A better start for health equity? Qualitative content analysis of implementation of extended postnatal home visiting in a disadvantaged area in Sweden. *International journal for equity in health*. 2018;17(1):42.
72. Almquist YB, Landstedt E, Jackisch J, Rajaleid K, Westerlund H, Hammarström A. Prevailing over Adversity : Factors Counteracting the Long-Term Negative Health Influences of Social and Material Disadvantages in Youth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(9).
73. Falk J, Burstrom B, Dalman C, Jorgensen L, Bruce D, Nylén L. Employment and income among first-time cases diagnosed with non-affective psychosis in Stockholm, Sweden: a follow-up study 2004/2005-2010. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2016;51(2):259-67.
74. Falk J. Social differentials in health-related non-employment and poverty : studies on consequences of limiting longstanding illness, musculoskeletal and mental disorders. [Akademisk avhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet, 2015.
75. Cairns J-M, Graham E, Bambra C. Area-level socioeconomic disadvantage and suicidal behaviour in Europe: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 2017;192:102-11.
76. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2015;84(3):167-76.

# Bilagor

## Bilaga 1

I denna bilaga presenteras först frågeställningarna som väglett arbetet, därefter de olika datamaterialen som använts samt slutligen beskrivningar av överenskommelser och avtal samt analyser genomförda vid Folkhälsomyndigheten.

### Frågeställningar

Uppdraget har strukturerats enligt följande sju övergripande frågeställningar:

1. Hur fördelar sig aspekter av psykisk hälsa, psykiska besvär och psykisk sjukdom mellan könen (kvinnor, män och annat), mellan åldersgrupper (barn och unga, medelålders och äldre), mellan geografiska områden och mellan socioekonomiska och diskrimineringsgrundande grupper i Sverige?
2. Hur ser det övergripandet sambandet ut mellan strukturella bestämningsfaktorer och jämlikhet i psykisk hälsa med avseende på relevanta indelningsgrunder?
3. Vilka socioekonomiska faktorer är de mest centrala bestämningsfaktorerna för jämlikhet i psykisk hälsa stratifierat på kön och ålder?
4. Hur påverkar funktionsnedsättning, sexuell läggning, utländsk bakgrund etc. förekomsten av psykiska besvär och psykisk sjukdom, och hur samverkar diskrimineringsgrundande och socioekonomiska bestämningsfaktorer för jämlikhet i psykisk hälsa?
5. Vilka är de centrala risk- och skyddsfaktorerna när det gäller psykiska besvär och psykisk sjukdom, och hur samverkar socioekonomiska och diskrimineringsgrundande bestämningsfaktorer med dessa intermediära bestämningsfaktorer för jämlikhet i psykisk hälsa?
6. Vilka konsekvenser får (ojämlika) psykiska besvär och psykiska sjukdomar för sociala och ekonomiska livsvillkor, levnadsvanor, fysisk och psykisk hälsa och för tidig död?
7. Hur kan vi förstå resultatet av ovanstående frågeställningar i ett perspektiv som inkluderar genus, intersektionalitet och livsförlopp?

## **Beskrivning av datakällor och utfallsmått som använts i olika delstudier**

### **Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC) <sup>2</sup>**

Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC) är en nationell befolkningsundersökning som genomförs årligen av Statistiska centralbyrån sedan 1975. Svenska folkets levnadsförhållanden undersöks genom följande ämnesområden: Arbetsmiljö, boendeförhållanden, ekonomi, fritid, hälsa, medborgerliga aktiviteter, sociala relationer, sysselsättning och arbetstider, trygghet och säkerhet och utbildning. Undersökningarna genomförs som telefonintervjuer med ett slumpmässigt urval av befolkningen, 16 år och äldre. Mellan 12 000 och 13 000 personer intervjuas under ett år. En del av frågorna ställs till hela urvalet. Intervjuerna kompletteras också med data från olika register med data om inkomster, bidrag med mera. Måtten på psykiska besvär som använts här är ängslan, oro, ångest. Frågan som ställs lyder: Har du besvär av ängslan, oro eller ångest? Frågan har sedan kategoriserats i lätta/svåra besvär vs inga besvär, och beskrivs i rapporten som oro/ångest eller bara ångest.

### **Den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" <sup>3</sup>**

"Hälsa på lika villkor" är en nationell folkhälsoenkät som Folkhälsomyndigheten genomför. Under 2004–2016 besvarades enkäten årligen av cirka 10 000 slumpmässigt utvalda personer i åldern 16–84 år. Sedan 2016 genomförs undersökningen vartannat år. För att undersöka förekomsten av självrapporterad psykisk hälsa analyserades följande aspekter: nedsatt psykiskt välbefinnande (höga värden på självskattningsskalan General Health Questionnaire, GHQ, mätt med GHQ12<sup>4</sup> åren 2010–2015, och GHQ5<sup>5</sup> år 2016 och framåt), ängslan, oro, ångest, stress, depression, suicidtankar, samt välbefinnande (mätt med WHO-5 (76)). Bortfallet i undersökningen har ökat över tid och är särskilt högt bland unga, så resultatet bör tolkas med försiktighet.

### **Skolbarns hälsovanor**

Den internationella enkätundersökningen Skolbarns hälsovanor (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) genomförs vart fjärde år bland 11-, 13- och 15-åringar. Folkhälsomyndigheten ansvarar för den svenska delen av undersökningen. Enkäten ger oss möjlighet att följa hälsa och livsvillkor bland skolelever över tid, och se hur den utvecklas i olika grupper. Enkätfrågorna från Skolbarns hälsovanor som används för att undersöka förekomsten av självrapporterad psykisk hälsa

---

<sup>2</sup> Läs mer på: <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/produktrelaterat/Fordjupad-information/beskrivning-av-ulf-silc/>

<sup>3</sup> Läs mer på: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/>

<sup>4</sup> Läs mer i A. Lundin, M. Hallgren, H. Theobald, C. Hellgren, M. Torgén, Validity of the 12-item version of the General Health Questionnaire in detecting depression in the general population, Public Health, Volume 136, 2016, Pages 66-74,

<sup>5</sup> GHQ5 är en kortversion av GHQ12. Kortversionen grundas i ett arbete som validerats internt på Folkhälsomyndigheten sedan 2015.

handlar om självskattad hälsa, psykiska besvär, psykosomatiska besvär, allmänt välbefinnande, samt långvarig sjukdom/funktionsnedsättning. Självskattad hälsa mäts med hjälp av enkätfrågan ”Hur tycker du din hälsa är?”. I psykiska besvär ingår sömnsvårigheter, nedstämdhet, irritation och nervositet. Att ha psykosomatiska besvär innebär att eleverna uppger att de haft minst två psykiska eller somatiska (huvudvärk, ryggont, magont eller yrsel) besvär minst två gånger i veckan under senaste halvåret. Allmänt välbefinnande mäts med hjälp av Cantrils steg, där eleverna får uppskatta sitt liv på en skala mellan 1 och 10 där ”10” motsvarar det bästa livet man kan tänka sig och ”0” det sämsta liv man kan tänka sig. Då det gäller långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning framgår av frågans formulering att t.ex. tillstånd som adhd m.m. ingår. Datamaterialet gör det även möjligt att redovisa hur bestämningsfaktorer för hälsa fördelar sig mellan olika grupper av elever. Till exempel redovisas bestämningsfaktorer kopplade till socialt stöd från familj och vänner, ensamhet, mobbning, skolstress, ekonomiska begränsningar och levnadsvanorna fysisk aktivitet och alkoholkonsumtion.

## **STATIV**

STATIV är en longitudinell individdatabas, skapad för integrationsstudier<sup>6</sup>. I databasen ingår samtliga personer som är folkbokförda i Sverige den 31/12 respektive år. I databasen ingår uppgifter från olika register hos SCB, Migrationsverket och Arbetsförmedlingen.

## **Socialstyrelsens register**

Från Socialstyrelsen används patientregistret över specialiserad psykiatrisk öppenvård och slutenvård. De diagnoskoder (ICD-10) inom slutenvård och specialiserad psykiatrisk öppenvård som använts är (där annat inte anges) följande:

- F10–F19: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser: Inkluderar effekter av alkohol och olika typer av droger så som cannabis, opiater och hallucinogener. Omfattar både skadligt bruk, beroendeproblematik och andra effekter av drogbruk.
- F20–F29: Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom. Omfattar olika typer av psykotiska tillstånd, både akuta och mer långvariga.
- F30–F39: Förstämningssyndrom. Avser bland annat depression, bipolär sjukdom och maniska episoder.
- F40–F48: Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom. Inkluderar olika former av ångestsyndrom, t.ex. fobier, tvångssyndrom och generaliserat ångestsyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa, inklusive posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) ingår också liksom kroppsliga besvär som kan antas ha en psykologisk förklaring.

---

<sup>6</sup> Läs mer på <https://www.scb.se/Grupp/Tjanster/SCBs-data-for-forskning.pdf>

- F50–F59: Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer. Här ingår ätstörningar så som anorexia och bulimi, men även t.ex. sömnstörningar.
- F60–F69: Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna. Omfattar olika varianter av personlighetsstörningar, impulskontrollstörningar och könsidentitetsstörningar.
- F80–F89: Störningar av psykisk utveckling: Bland annat genomgripande utvecklingsstörningar så som autism och Aspergers syndrom.
- F90–F98: Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid. Omfattar bland annat olika former av hyperaktivitetsstörningar, t.ex. adhd och add.
- X60–X84 och Y10–Y34: Avsiktlig självdestruktiv handling. Suicidförsök eller annat självskadebeteende utan – eller med oklar – suicidavsikt.

I rapporten presenteras fördelningen av någon psykisk sjukdom som en övergripande term där följande diagnoser lagts samman: F10–F69, F80–F98+ X60–X84.

Dessutom presenteras komplicerad psykiatrisk problematik bestående av diagnoserna: F20, F22, F25, F29, F30–F31, F60. Diagnoserna avser att omfatta personer som till följd av en allvarlig psykisk sjukdom eller en långvarig psykisk funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter inom viktiga livsområden såsom boende, arbete, sysselsättning, ekonomi, sociala relationer och fritid.

### **Beskrivning av överenskommelser och avtal samt analyser genomförda vid Folkhälsomyndigheten**

#### *Strukturella bestämningsfaktorer*

- Överenskommelse om uppdragsforskning med Karolinska Institutet (dnr 3271-2016-2.3.2) den 15 november 2016 avseende delprojektet ”Samband mellan strukturella bestämningsfaktorer på nationell, regional och lokal nivå samt ojämlikheter i psykisk hälsa, psykiska besvär och psykisk sjukdom: En litteraturöversikt”. Uppdraget handlar om att bidra till en förståelse för hur olika nivåer av strukturella bestämningsfaktorer kan påverka ojämlikheter i psykisk hälsa. Med strukturella bestämningsfaktorer avses här utformningen av välfärdsstater och social och ekonomisk policy (rörande exempelvis arbete, boende, socialförsäkringar och familjeförsäkring). De aktuella utfallsmåtten är självskattad positiv psykisk hälsa och psykiska besvär eller diagnostiserad psykisk sjukdom eller händelser som är starkt kopplade till psykisk sjukdom såsom suicid. Slutrapportering sker den 25 januari 2018.

#### *Socioekonomiska och diskrimineringsgrundande bestämningsfaktorer*

- Överenskommelse om uppdragsforskning med Uppsala universitet (dnr 03118-2016-2.3.1) den 15 november 2016 avseende delprojektet ”Strukturella, socioekonomiska och diskriminerande bestämningsfaktorer för jämlikhet i

barns psykiska hälsa: En litteraturöversikt och empirisk studie”. Uppdraget handlar om att bidra till förståelse för hur olika bestämningsfaktorer påverkar barns möjlighet till positiv psykisk hälsa samt risk för psykiska besvär och sjukdom genom en systematisk litteraturöversikt. Översikten förväntas också ge kunskap om metodologiska aspekter gällande mått på barns psykiska hälsa. Baserat på svenska data studeras även sambandet mellan föräldrarnas sociala position och barnens psykiska hälsa. Slutrapportering sker den 15 augusti 2018.

- Avtal om uppdragsforskning med Centrum för klinisk forskning, Västerås, Region Västmanland (dnr 00147-2017-2.3.1) den 9 februari 2017 avseende delprojektet ”Skillnader i (positiv) psykisk hälsa utifrån kön, ålder, socioekonomiska faktorer och andra diskrimineringsgrundande faktorer: en systematisk litteraturöversikt och en empirisk studie bland svenska skolorngdomar”. Uppdraget handlar om att undersöka om positiv psykisk hälsa i en normalbefolkning varierar mellan olika grupper genom en systematisk litteraturöversikt och analys av svenska data. Dataanalysen avser även att studera hur eventuella skillnader utvecklats över tid. Skillnaderna analyseras utifrån socioekonomisk status, kön, ålder, sexuell läggning, födelseland och funktionsnedsättning. Slutrapportering sker den 15 mars 2018.
- Överenskommelse om uppdragsforskning med Lunds universitet (dnr 01892-2017-2.3.2) den 29 september 2017 avseende delprojektet ”Förändringen i socioekonomisk ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige”. Syftet är att fördjupa kunskapen om hur ojämlikhet i psykisk hälsa utvecklas över tid i Sverige samt huruvida betydelsen av bakomliggande faktorer för socioekonomisk ojämlikhet i psykisk hälsa förändras över tid. Slutrapportering sker den 30 september 2018.

#### *Psykisk ohälsa i vissa befolkningsgrupper*

- Överenskommelse om uppdragsforskning med Ageing Research Centre (ARC) (dnr 03400-2017-2.3.2) den 17 november 2017 avseende delprojektet ”Äldre personers psykiska ohälsa. Ett befolkningsperspektiv.” Syftet är att sammanställa och ta fram ny kunskap om psykisk ohälsa bland äldre personer i Sverige, om hur förekomsten av psykisk ohälsa har förändrats över tid och om dess bestämningsfaktorer. Uppdraget baseras på en litteraturöversikt (delstudie 1) och en empirisk studie (delstudie 2). Syftet med delstudie 1 är att genom en begränsad kartläggande litteraturöversikt belysa befintlig forskning om skillnader i äldre personers psykiska hälsa som kan kopplas till en rad olika bestämningsfaktorer. Det övergripande syftet i delstudie 2 är att kartlägga förekomsten av psykisk ohälsa bland äldre personer (75 år och äldre) i den svenska befolkningen, samt hur förekomsten av psykisk ohälsa har förändrats sedan 1990-talets början. Slutrapportering sker den 30 september 2018.
- Överenskommelse om uppdragsforskning med Centre for Health Equity Studies (CHESS) (dnr 03399-2017-2.3.2) den 31 oktober 2017 avseende

delprojektet ”Särlevande föräldrars psykiska hälsa då barnen bor växelvis eller hos en förälder – betydelsen av barns boende och samspelet med materiella och sociala förhållanden”. Syftet är att fördjupa kunskapen om hur föräldrars psykiska hälsa är fördelad beroende på hur barnen bor efter en separation, och vilken betydelse sociala och materiella förhållanden har för detta samband. Uppdraget baseras på en empirisk studie. Slutrapportering sker den 30 september 2018.



### *Komplex ojämlikhet och intermediära bestämningsfaktorer*

- Överenskommelse om uppdragsforskning med Umeå universitet (dnr 03042-2016-2.3.2) den 15 november 2016 avseende delprojektet ”Komplexa ojämlikheter i psykisk hälsa och ohälsa: Litteraturöversikter och empiriska analyser av risk- och skyddsfaktorer ur ett intersektionalitetsperspektiv”. Uppdraget handlar om att bidra med förståelse för hur olika bestämningsfaktorer för psykisk hälsa på olika nivåer samverkar och interagerar. Begreppet komplex ojämlikhet avser här skillnader som beaktar kombinationen av två eller fler indelningsgrunder, vilket skiljer det från enkel ojämlikhet som enbart beaktar en indelningsgrund. Det grundläggande motivet för uppdraget är därmed att separata analyser av en viss bestämningsfaktor bör kompletteras med analyser av hur olika bestämningsfaktorer (även på olika nivåer) interagerar för ett mer informerat beslutsfattande. Slutrapportering sker den 15 augusti 2018.

### *Konsekvenser av utsatthet i barndomen*

- Överenskommelse om uppdragsforskning med Uppsala Universitet (dnr 01924-2017 -2.3.2) avseende delprojektet ”Does the impact of childhood adversity on mental health morbidity persist across the life course?” Uppdraget handlar om att undersöka ifall människor som erfart olika typer av utsatthet i barndomen löper högre risk att diagnostiseras för psykisk sjukdom som vuxna (efter 30 års ålder). Undersökningen baserats på data från nationella register (dödsorsaksregistret, patientregistret samt register från SCB och BRÅ) för att analysera longitudinella samband mellan ett antal indikatorer som speglar utsatthet i barndomen och senare psykisk sjukdom. Slutrapportering sker 29 december 2017.

### *Konsekvenser av psykisk ohälsa*

- Överenskommelse om uppdragsforskning med Lunds universitet (dnr 03117-2016-2.3.2) den 15 november 2016 avseende delprojektet ”The consequences of mental and behavioural disorders in different population subgroups: a systematic literature review and an empirical study”. Uppdraget handlar om att undersöka konsekvenser av psykisk ohälsa på sociala och ekonomiska livsvillkor, hälsa och dödlighet, uppdelat på socioekonomisk status, ålder, kön och etnicitet. Detta undersöks brett med olika slags utfall genom en systematisk litteraturöversikt och mer specifikt med arbetsmarknadsrelaterade utfall genom analys av ett svenskt dataunderlag. Slutrapportering sker den 15 september 2017.

### *Analysen genomförda vid Folkhälsomyndigheten*

- ”Fördelning av psykisk hälsa och ohälsa i Sverige, i olika sociala grupper över tid.” Syftet är att beskriva hur den psykiska hälsan och ohälsan är fördelad i befolkningen i Sverige med hjälp av data från HLV och STATIV, med hänsyn tagen till olika sociala dimensioner såsom ålder, kön, socioekonomisk status och utsatthet. Analysen syftar också till att beskriva fördelningen av

bestämningsfaktorer för hälsa i grupper med respektive utan psykisk ohälsa (mätt som nedsatt psykiskt välbefinnande samt sjukskrivning för psykiatrisk diagnos). Vi studerar även förekomst av somatisk ohälsa bland dem med psykisk ohälsa.

- ”Vad förklarar ojämlikhet i psykisk hälsa i Sverige?” Uppdraget baseras på samverkan mellan flera enheter Folkhälsomyndigheten samt Umeå Universitet. Syftet med studien är dels att öka den interna kompetensen i att analysera ojämlikhet i hälsa med hjälp av dekomponeringsanalyser och koncentrationsindex, dels att kvantifiera den inkomstrelaterade ojämlikheten i psykisk hälsa i Sverige baserat på data från HLV samt undersöka vilken betydelse en rad olika sociala bestämningsfaktorerna har för ojämlikhet i psykisk hälsa.
- Beställning av tabeller för en kohortuppföljning av dödligheten 2007–2016 från Socialstyrelsen och SCB för att analysera överdödlighet bland dem med psykisk ohälsa jämfört med dem utan. Syftet är att undersöka om personer som vårdats i psykiatri dör tidigare än personer utan denna erfarenhet och om socioekonomiska förhållanden påverkar dödligheten.

## Bilaga 2

Bilagan nedan är bifogade i denna fil, dubbelklicka på gomet bredvid bilagan för att läsa den eller se menyn för bifogade filer i din pdf-läsare. Filen är optimerad för Internet Explorer och Acrobat Reader DC.

Tabellsammanställning



Kunskapen om hur psykisk hälsa är fördelad mellan olika grupper i samhället är begränsad. Därför fick Folkhälsomyndigheten 2016 i uppdrag av regeringen att sammanställa kunskap om ojämlikheter i psykisk hälsa. Ojämlikheter undersöktes utifrån bland annat kön, socioekonomisk position, funktionsnedsättning, sexuell läggning och födelseland. Här lägger vi ihop och sammanfattar resultaten från de litteraturoversikter och de analyser av svenska data som syftar till att beskriva hur den psykiska hälsan är fördelad och till att ge möjliga förklaringar till ojämlikheterna samt de slutsatser som dras av materialet.

Det nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Detta görs bland annat genom kunskapsuppbyggnad av det här slaget. Rapporten är av delvis teknisk natur. Den vänder sig bland annat till dem som arbetar med folkhälsa och psykisk hälsa på olika vis. Även till de som arbetar med socialt utsatta grupper eller samhällsplanering och de som är intresserade av att få en samlad bild av hur den psykiska hälsan är fördelad i Sverige och vilka underliggande processer som möjligtvis förklarar den ojämna fördelningen.

-----  
*Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot.*

*Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.*



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna Östersund Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

[www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)