



Psykisk ohälsa i Stockholms län

– nuläge och förslag på åtgärder



Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Åhlén J, Dal H, Muwonge J, Lundin A, Wicks S. Psykisk ohälsa i Stockholms län – nuläge och förslag. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2022. Rapport 2022:13.



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 45436, 104 31 Stockholm

ces.sls@regionstockholm.se

Rapport 2022:13

ISBN 978-91-87691-98-0

Författare: Johan Åhlén, Henrik Dal, Joseph Muwonge, Anderas Lundin, Susanne Wicks

Språkgranskning: Ulrika Berg Roos

Layout: Viktoria Jonze

Omslagsfoto: Gesrey

Stockholm oktober 2022

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se

Förord

En stor andel av befolkningen i Stockholms län får vård för psykisk ohälsa. Sedan 2014 har andelen som får vård för psykisk ohälsa ökat framför allt hos unga vuxna. Unga vuxna, både kvinnor och män, rapporterar också i högre grad än andra att de har besvär som tyder på depression eller ångest.

Det finns stora variationer mellan olika befolkningsgrupper vad gäller självrapporterad psykisk ohälsa. Dessa variationer matchar inte alltid med hur stor andel i befolkningsgruppen som får vård för psykisk ohälsa. Till exempel rapporterar unga män en hög grad av psykisk ohälsa, medan andelen som får vård är relativt låg. Samma mönster finns för människor som bor i områden som kännetecknas av låg socioekonomi och hög andel utrikesfödda.

Denna rapport beskriver en nulägesbild av den psykiska hälsan i länet, och ger utifrån denna bild förslag på prioriterade grupper och åtgärder för att förbättra den psykiska hälsan. Rapporten tar även upp lämpliga tillgängliga indikatorer för att följa den psykiska hälsan i länet samt indikatorer som saknas för sådan uppföljning.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	6
Bakgrund	7
Syfte och mål	8
Metod	9
Termer och begrepp.....	9
Frågeställningar	9
Utfallsmått och dataunderlag.....	9
A. Andel av befolkningen i Stockholms län med någon vård för psykisk ohälsa inom primärvård eller specialistvård för ett givet år (2014–2021)....	9
B. Andel av befolkningen i Stockholms län med minst ett vårdbesök med en psykiatrisk diagnos för ett givet år (2014–2021).....	10
C. Andel personer med besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom utifrån självskattningar enligt formulären PHQ-2 och GAD-2 i Folkhälsoenkäten ”Hälsa Stockholm” hösten 2021.....	10
D. Självskattad nedstämdhet hos 15- och 17-åringar enligt Stockholmsenkäten 2014–2020.	11
Resultat	12
1 – Hur ser den psykiska hälsan ut i länet som helhet?	12
Vård för psykisk ohälsa.....	12
Förekomst av självskattad depression och ångest	12
2.1 – Utvecklingen av den psykiska ohälsan över tid	13
Psykiatrisk vård över tid	13
Psykiatriska diagnoser över tid	15
Självskattad psykisk ohälsa hos ungdomar över tid	21
2.2 – Skillnader i psykisk hälsa mellan kommuner/stadsdelar	22
Vård för psykisk ohälsa uppdelat på kommun/stadsdel	22
Självskattad psykisk ohälsa uppdelat på kommun/stadsdel	24
Diagnostiserad depression eller ångest jämfört med självskattade besvär .	27
2.3 – Skillnader i psykisk hälsa utifrån födelse-land och vistelsetid i Sverige...31	
2.4 – Skillnader i psykisk hälsa utifrån utbildning och inkomst.....	33
2.5 – Skillnader i psykisk hälsa utifrån sexuell läggning	34
3 – Hur kan insatser prioriteras i länet?.....	36
Unga kvinnor.....	36
Unga män	36
Barn under 15 år.....	37
Områden med låg socioekonomi.....	37
Utrikes födda.....	38

Homo- och bisexuella	38
4 – Vilka indikatorer är lämpliga för uppföljning av den psykiska ohälsan i länet?.....	38
Vad saknas?	39
Referenser	41
Bilagor	42
Bilaga A. VAL-databasen	42
Bilaga B. Folkhälsoenkäten Hälsa Stockholm	45
Bilaga C. Stockholmsenkäten	47

Sammanfattning

Denna rapport redovisar en nulägesbild av den psykiska ohälsan i Stockholms län, utvecklingen av den psykiska ohälsan över tid och skillnader i psykisk ohälsa mellan geografiska områden samt mellan olika befolkningsgrupper. Rapporten diskuterar också prioriterade grupper och insatsområden.

Rapporten baseras på data från Region Stockholms VAL-databaser (år 2014–2021), data från Folkhälsoenkäten Hälsa Stockholm 2021 samt data från Stockholmsenkäten (år 2014–2020).

Resultaten visar att en stor del av befolkningen har fått någon vård för psykisk ohälsa. I den vuxna befolkningen har ungefär 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män fått någon vård för psykisk ohälsa under 2021. Även i åldersgruppen 13–17 år är det relativt vanligt – 20 procent respektive 12 procent för flickor och pojkar. En lägre andel barn 0–12 år har fått vård för psykisk ohälsa (4 procent respektive 7 procent för flickor och pojkar). Andelen som har fått vård för psykisk ohälsa har ökat sedan 2014, framför allt i åldersgruppen 18–24 år.

Självskattade besvär med depression och ångest är vanligast hos unga kvinnor (16–24 år) och därefter hos unga män. Över lag finns mindre skillnader i självskattade besvär mellan män och kvinnor jämfört med skillnaderna i vård mellan män och kvinnor. Att män får mindre vård för psykisk ohälsa beror alltså sannolikt inte på att de har betydligt bättre psykisk hälsa. Det saknas undersökningar av självskattade (eller föräldraskattade) psykiska besvär hos barn under 15 års ålder.

Det finns stora skillnader mellan kommuner och stadsdelar av självskattade besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom. Kommuner och stadsdelar där en hög andel personer rapporterar sådana besvär ligger generellt under genomsnittet för inkomst och utbildning, och över genomsnittet för andel utrikesfödda. Dessa stadsdelar/kommuner (till exempel Botkyrka, Södertälje, Rinkeby-Kista, och Salem) har dock en relativt låg andel med vård för psykisk ohälsa, vilket talar för en underkonsumtion av vård i dessa områden.

Betydligt större andel homo- och bisexuella rapporterar besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom jämfört med heterosexuella.

Utifrån rapportens resultat bedöms unga vuxna (kvinnor och män), människor boende i områden med låg socioekonomi, utrikes födda personer, och icke-heterosexuella vara prioriterade grupper. Insatser för prioriterade grupper kan innebära att öka kunskapen om hur det går till att få hjälp vid psykisk ohälsa, att öka tillgängligheten till insatser i primärvårdens första linje, samt fortsatt kompetenshöjning inom socialtjänst och hälso- sjukvård kring särskilda utmaningar för olika befolkningsgrupper. I ett större perspektiv är det också viktigt att arbeta för att minska ojämlikheter, till exempel genom insatser i skolan och insatser för att främja sysselsättning och minska ekonomisk utsatthet, insatser som påverkar folkhälsan mer generellt.

Det hade varit önskvärt att även kunna följa självskattat psykiskt välbefinnande, alltså inte bara frånvaron av psykisk ohälsa. Det saknas dock underlag för att göra en kartläggning av psykiskt välbefinnande hos befolkningen i Stockholms län. En viktig utmaning är därför att utveckla mätinstrument för att mäta psykiskt välbefinnande på ett lämpligt sätt.

Bakgrund

Den läns-gemensamma satsningen Uppdrag Psykisk Hälsa Stockholms län genomförs sedan 2017 i samverkan mellan kommunerna (genom förbundet Storsthlm), Region Stockholm och Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Stockholms län och utgår från tidigare framtagna nulägesanalyser och årliga handlingsplaner.

Sedan år 2020 finns en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner som omfattar medel för läns-gemensamma satsningar mellan huvudmännen och andra regionala aktörer. Regeringen har i budgetpropositionen för 2022 angett intentionen att förlänga satsningarna på psykisk hälsa och suicidprevention även under 2023 och 2024, med ytterligare förstärkning till primärvårdens arbete.

Under 2022 ska Storsthlm, tillsammans med Region Stockholm, ha särskilt fokus på etablering av en huvudöverenskommelse (HÖK). Storsthlm ser över hur arbetet med överenskommelsen om psykisk hälsa och läns-gemensamma insatser behöver utvecklas från 2023 för att möta organisatoriska förändringar och behov bland kommunerna i Stockholms län och har därför, i samarbete med Uppdrag Psykisk Hälsa Stockholms län, åtagit sig att under 2022 ta fram en fördjupningsstudie. Denna rapport, som bland annat ska undersöka nuläge och trender för psykisk hälsa i länet samt mått och indikatorer för att följa den psykiska hälsan, är en del av fördjupningsstudien. Rapporten har skrivits av Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin vid Region Stockholm.

Syfte och mål

Denna nulägesrapport syftar till att öka kunskapen om nuläge och trender för den psykiska hälsan i länet. Den kunskapen kan ligga till grund för utvecklingsarbete med länsgemensamma satsningar och stöd till det lokala arbetet med psykisk hälsa.

Uppdrag Psykisk Hälsa Stockholms län bidrar enligt beslutad handlingsplan 2021–2022 i genomförandet av denna del i fördjupningsstudien. Rapporten förväntas även bidra till att uppdatera det nulägesunderlag som den länsgemensamma satsningen utgår från.

Metod

Termer och begrepp

I rapporten används följande begrepp:

- Psykisk hälsa används som ett paraplybegrepp som innefattar både psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa.
- Psykisk ohälsa är ett relativt brett begrepp som innefattar både psykiska besvär och psykiatriska diagnoser.
- Psykiska besvär används i rapporten som ett begrepp för självskattad psykisk ohälsa.
- Psykiatriska diagnoser används för att beskriva psykiatriska tillstånd som registrerats inom vården.

Frågeställningar

Rapporten utgår från följande frågeställningar:

1. Hur ser den psykiska hälsan ut i länet som helhet?
2. Hur ser utvecklingen av den psykiska hälsan ut, och vilka skillnader finns mellan olika befolkningsgrupper?
 - 2.1. Utvecklingen av den psykiska hälsan över tid
 - 2.2. Skillnader mellan kommuner/stadsdelar
 - 2.3. Skillnader utifrån födelseland och vistelsetid i Sverige
 - 2.4. Skillnader utifrån utbildning och inkomst
 - 2.5. Skillnader utifrån sexuell läggning
3. Hur kan insatser prioriteras i länet?
4. Vilka indikatorer är lämpliga för uppföljning av den psykisk hälsan i länet?

Utfallsmått och dataunderlag

Frågeställningarna utgår från psykisk hälsa i ett brett perspektiv. Tyvärr saknas det tillförlitligt underlag för att undersöka psykiskt välbefinnande, vilket innebär att rapporten endast undersöker indikatorer för psykisk ohälsa.

Som underlag för rapporten används fyra olika utfallsmått (a-d) vilka beskrivs nedan. I tabell 2 nedan visas vilka mått som används för vilka frågeställningar.

A. Andel av befolkningen i Stockholms län med någon vård för psykisk ohälsa inom primärvård eller specialistvård för ett givet år (2014–2021).

Data togs fram ur regionens befintliga vårdregister, de så kallade VAL-databaserna. Alla insatser i psykiatrin ingår, samt vissa insatser inom primärvården: samtalsterapi, läkemedel (antidepressiva och lugnande), psykiatriska diagnoser samt neuropsykiatriska utredningar hos barnmedicin. Andelen baserades på det totala antalet personer boende i Stockholms län i slutet av det aktuella året (2014–2021) i aktuell åldersgrupp och kön. På så sätt kan andelen (procent) personer i befolkningen som fått någon vård beräknas.

B. Andel av befolkningen i Stockholms län med minst ett vårdbesök med en psykiatrisk diagnos för ett givet år (2014–2021).

Data togs fram ur VAL-databaserna. Vi använde uppgifter från regionfinansierad öppenvård (OVR 2014–2021), slutenvård (SLV 2014–2021) och arvoderade läkarbesök (ARV 2014–2021). Antalet personer boende i Stockholms län, med ett fysiskt besök eller ett distansbesök (2014–2021) med en psykiatrisk diagnos (se definition tabell 1) relaterades till det totala antalet personer boende i Stockholms län i slutet av det aktuella året, i aktuell åldersgrupp och kön. För att undersöka sambandet mellan psykiatrisk diagnos och utbildningsnivå och födelse land länkades VAL-data till uppgifter från Statistiska centralbyrån.

Tabell 1. Gruppering av diagnoser och koder enligt internationella klassifikationen ICD-10.

Diagnosgrupp	ICD-10 koder
Någon psykiatrisk diagnos	F10-F69, F84, F90-F99
Depression	F32-F34, F38-F39
Ångestsyndrom	F40-F43
ADHD	F90
Autismspektrumtillstånd	F84
Sömnstörning	F510, F511, F512 F519, G470, G471, G472, G479

C. Andel personer med besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom utifrån självskattningar enligt formulären PHQ-2 och GAD-2 i Folkhälsoenkäten "Hälsa Stockholm" hösten 2021.

Hälsa Stockholm är en återkommande enkätundersökning med fokus på hälsa i Stockholms län som görs av Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm. I rapporten har vi använt undersökningen som gjordes hösten 2021 riktad till de som var 16 år eller äldre. Undersökningen bygger på stratifierade slumpmässiga urval i befolkningen. Med stratifierat menas att länets invånare delats in i grupper (strata) utifrån bostadskommun eller stadsdel, varifrån slumpmässiga urval dragits. Antalet deltagare var 22 927 vilket innebär en total svarsfrekvens på 48 procent. För att korrigera för urvalsmetod och bortfall viktades resultatet.

I Hälsa Stockholm 2021 användes två korta screeninginstrument för att mäta depression respektive ångest – Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) och Generalized Anxiety Disorder-2 (GAD-2). Båda skalorna kommer från längre screeningskalor men täcker kärnsymtomen för egentlig depression respektive generaliserat ångestsyndrom.

Frågorna gäller hur ofta den svarande har haft besvär de senaste två veckorna och har samma svarsalternativ: Inte alls, Flera dagar, Mer än hälften av dagarna och Nästan varje dag. Dessa ges värdena 0–3 vilka summeras till de två skalorna, som således kan ta värden mellan 0 och 6. I denna rapport har vi, baserat på tidigare vetenskapliga studier valt att dikotomisera skalorna så att tre eller fler poäng utgör klassificering av det vi i den här rapporten kallar besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom.

D. Självskattad nedstämdhet hos 15- och 17-åringar enligt Stockholmsenkäten 2014–2020.

Stockholmsenkäten är en enkätundersökning som ställer frågor om ungdomars liv, till exempel konsumtion av alkohol och tobak, upplevd trygghet och psykiska besvär. Den genomförs av kommuner i Stockholms län vartannat år och riktar sig till elever i grundskolans årskurs nio (15 år) och gymnasiets årskurs två (17 år). Frågor om psykiska besvär inkluderar bland annat frågan om man känner sig ledsen och deppig utan att veta varför. I denna rapport används det mest extrema svarsalternativet, väldigt ofta, för att beräkna andelen elever som rapporterar psykiska besvär kring nedstämdhet. Frågan har inte validerats gentemot diagnostiska kriterier för depression eller ångest. Endast en del av Stockholms läns kommuner har tillhandahållit data till rapporten, och resultaten baseras därför enbart på elever med hemkommun Stockholms stad, Södertälje, Sollentuna, Järfälla, Ekerö och Botkyrka. Resultatens överförbarhet till hela länet är därmed begränsad.

Tabell 2. Använda utfallsmått per frågeställning.

Frågeställning	Använda utfall
1. Hur ser den psykiska hälsan ut i länet som helhet?	a) Någon vård för psykisk ohälsa c) Besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom
2.1. Utvecklingen av den psykiska hälsan över tid	a) Någon vård för psykisk ohälsa b) Psykiatriska diagnoser d) Självskattad nedstämdhet hos ungdomar
2.2. Skillnader mellan kommuner/stadsdelar	a) Någon vård för psykisk ohälsa c) Besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom d) Självskattad nedstämdhet hos ungdomar
2.3. Skillnader utifrån födelseland och vistelsetid i Sverige	b) Psykiatriska diagnoser d) Självskattad nedstämdhet hos ungdomar
2.4. Skillnader utifrån utbildning och inkomst	b) psykiatriska diagnoser d) självskattad nedstämdhet hos ungdomar.
2.5. Skillnader utifrån sexuell läggning	c) Besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom
3. Hur kan insatser prioriteras i länet?	Diskussion baserad på resultaten från frågeställningarna 1–2
4. Vilka indikatorer är lämpliga för uppföljning av den psykiska hälsan i länet?	Diskussion baserad på resultaten från frågeställningarna 1–2

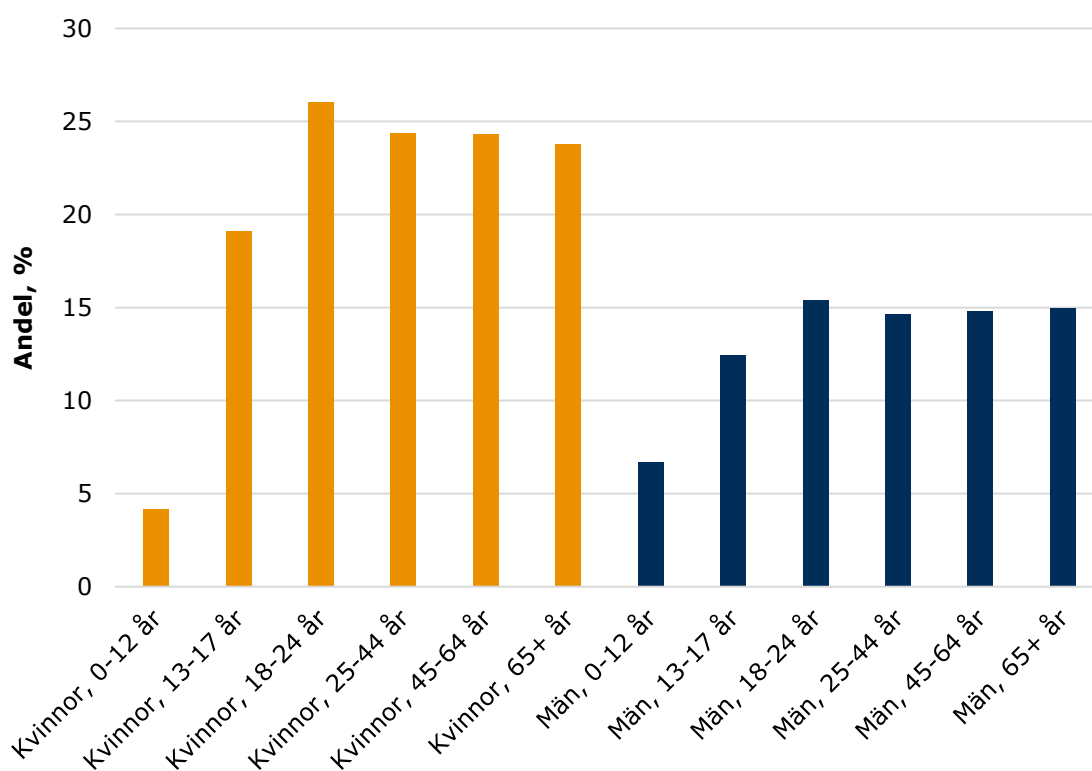
Resultat

1 – Hur ser den psykiska hälsan ut i länet som helhet?

Vård för psykisk ohälsa

I figur 1 redovisas andelen i befolkningen i Stockholms län som fått vård för psykisk ohälsa år 2021 uppdelat på kön och ålder. Hos barn 0–12 år hade fler pojkar än flickor kontakt med vård på grund av psykisk ohälsa. För övriga åldersgrupper fick fler flickor och kvinnor vård för psykisk ohälsa jämfört med pojkar och män.

Skillnaderna mellan åldersgrupper var mycket små för den vuxna populationen, både för kvinnor och för män.



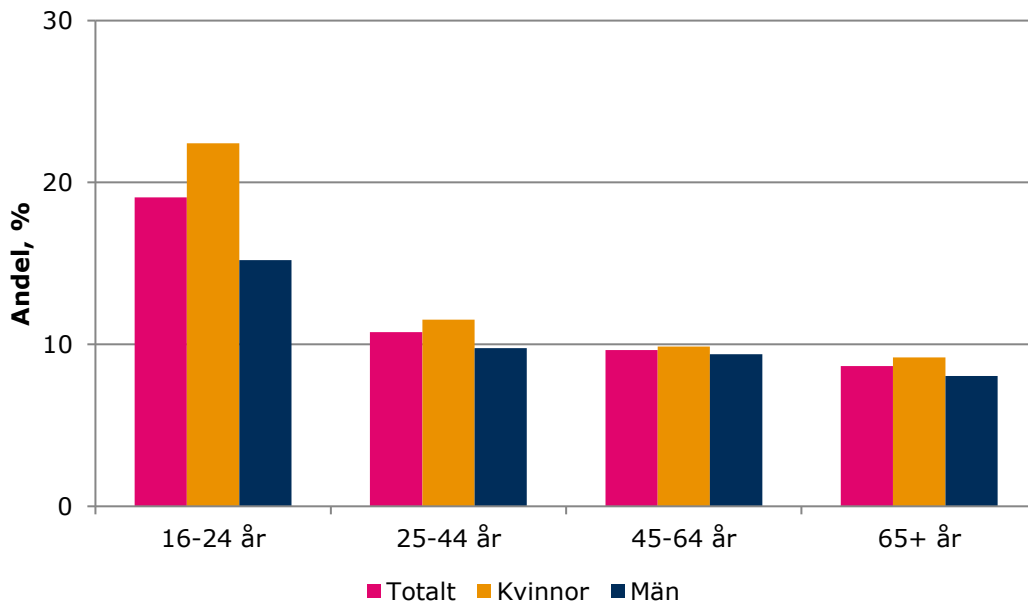
Figur 1. Andel med någon psykiatrisk vård (primärvård och specialistvård) 2021.

Förekomst av självskattad depression och ångest

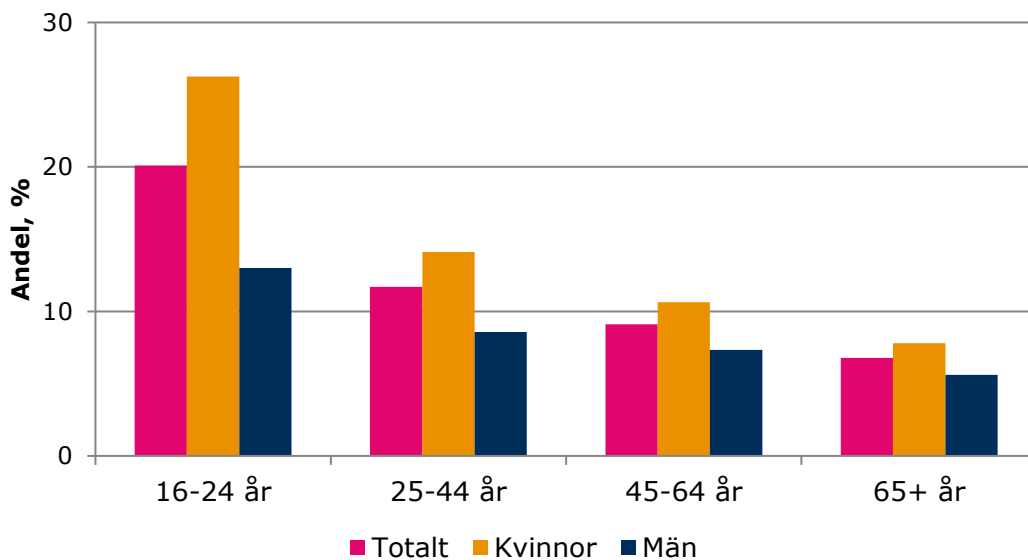
I september 2021 hade elva procent av befolkningen i Stockholms län besvär som tyder på depression utifrån självskattningar, och 10 procent hade besvär som tyder på ångestsyndrom. Totalt hade 15 procent av befolkningen besvär som tyder på något av tillstånden, vilket innebär att tillstånden överlappar varandra.

Ungefär lika stor andel kvinnor som män rapporterar besvär som tyder på depression (figur 2). Könsskillnader syns framför allt för de yngre (16–24 år), där andelen också är högst av alla åldersgrupper.

För besvär som tyder på ångestsyndrom (figur 3) syns vissa könsskillnader i alla åldersgrupper, men med störst skillnader hos de yngre.



Figur 2. Förekomst av besvär som tyder på depression enligt PHQ-2, september 2021.



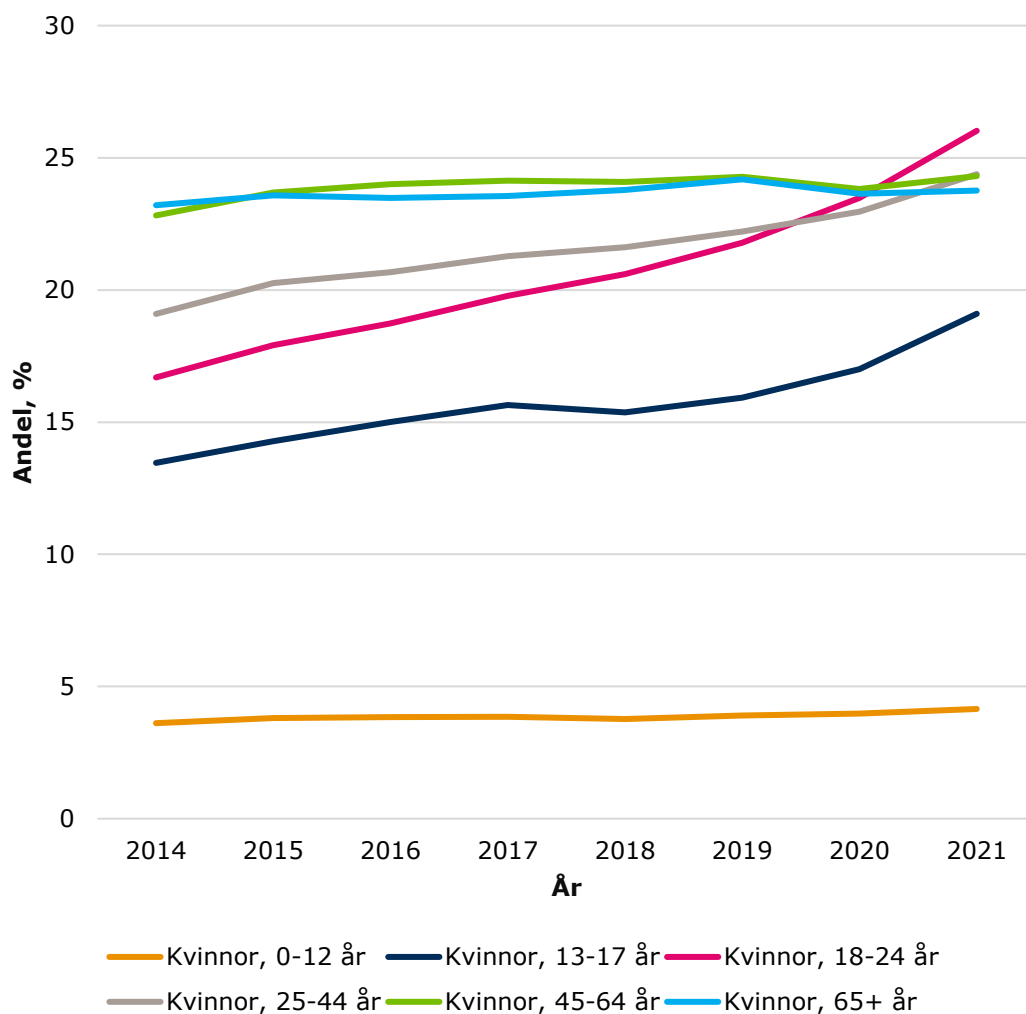
Figur 3. Förekomst av besvär som tyder på ångestsyndrom enligt GAD-2, september 2021.

2.1 – Utvecklingen av den psykiska ohälsan över tid

Psykiatrisk vård över tid

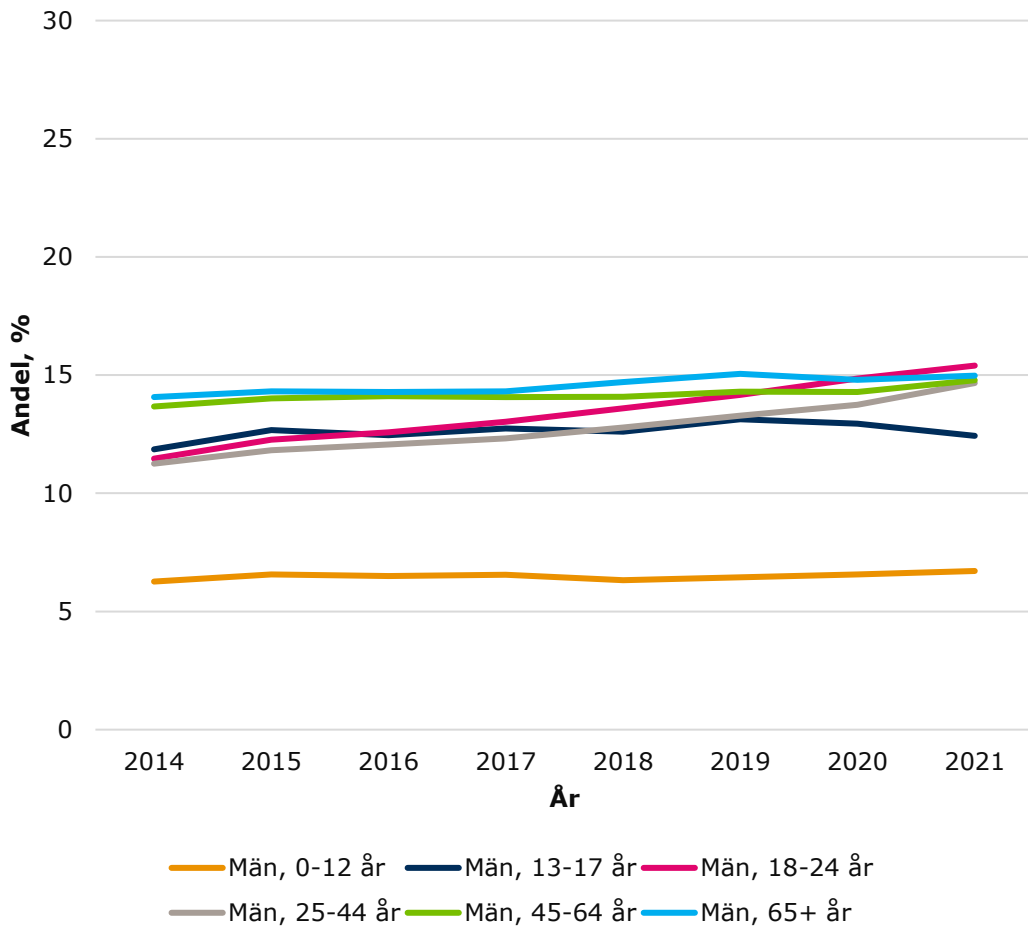
Andelen kvinnor som fått någon vård för psykisk ohälsa har ökat i åldersgrupperna 13–17, 18–24 och 25–44 år sedan 2014, medan andelen legat relativt stabil i övriga åldersgrupper, alltså flickor 0–12 år samt vuxna kvinnor 45 år och äldre (se figur 4).

Störst relativ (och absolut) ökning har skett hos unga kvinnor 18–24 år som nu är den åldersgrupp där störst andel får vård för psykisk ohälsa.



Figur 4. Andel kvinnor som fått någon psykiatrisk vård (primärvård och specialistvård).

Andelen män som fått någon vård för psykisk ohälsa har ökat i åldersgrupperna 18–24 år och 25–44 år sedan 2014, medan andelen legat relativt stabilt i övriga åldersgrupper, alltså pojkar 0–12 år och 13–17 år samt vuxna män 45 år och äldre (figur 5). Även hos män är det åldersgruppen 18–24 år som har störst ökning och där störst andel får vård för psykisk ohälsa.



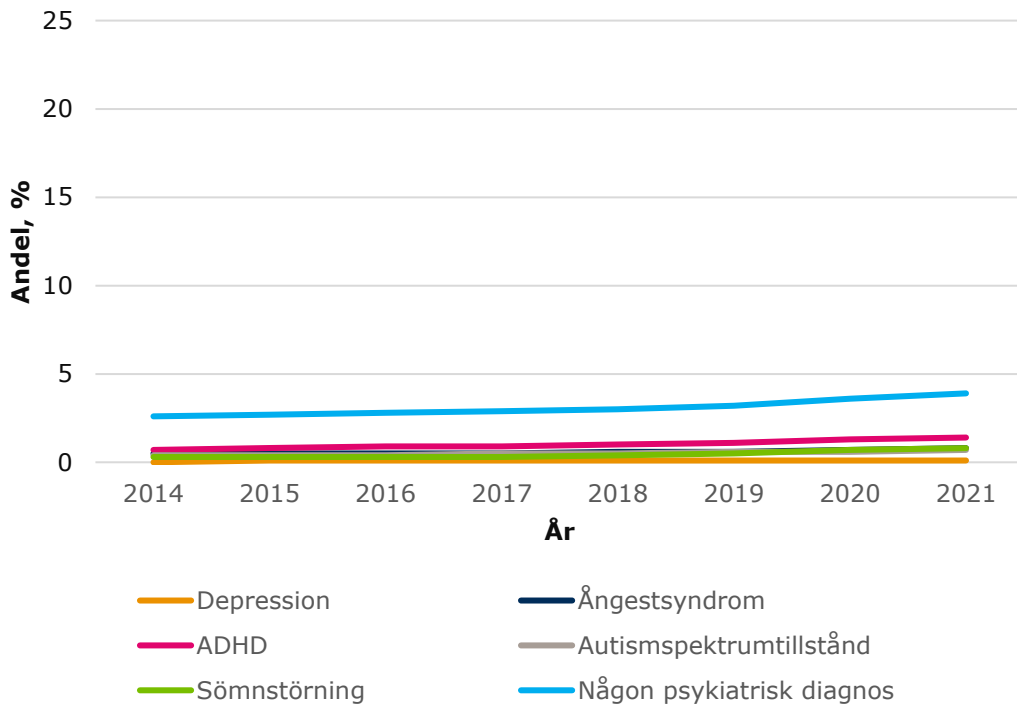
Figur 5. Andel män med någon psykiatrisk vård (primärvård och specialistvård).

Psykiatriska diagnoser över tid

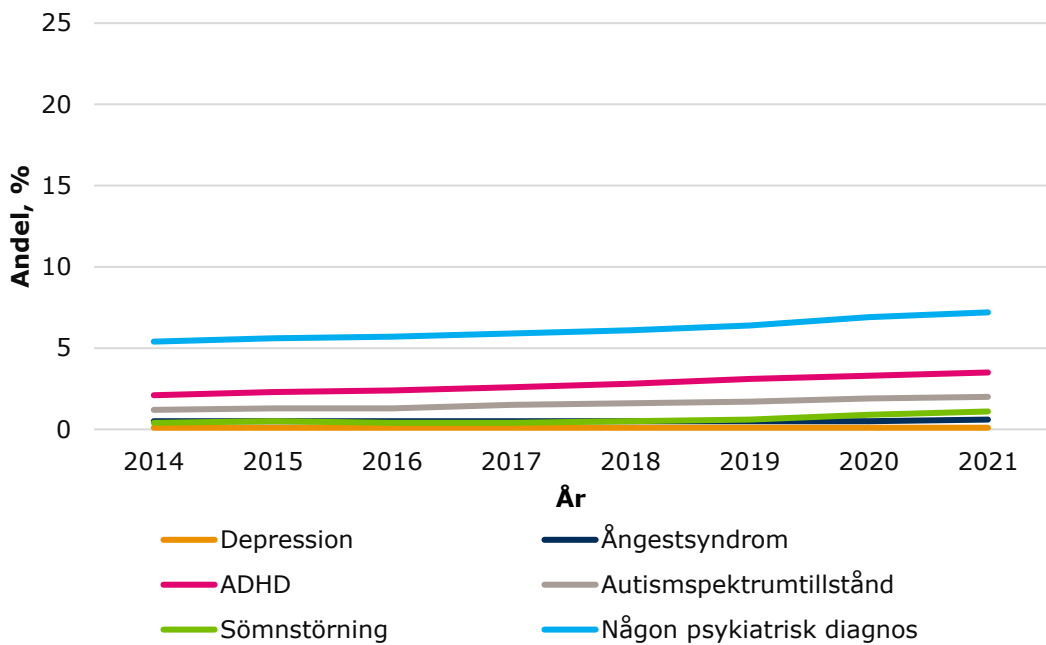
I figur 6–17 redovisas andel kvinnor och män uppdelat på åldersgrupper i Stockholms län som fått någon psykiatrisk diagnos inom öppen- eller slutenvård år 2014–2021. De vanligaste diagnosgrupperna är ångestsyndrom, ADHD, depression, autismspektrumtillstånd samt sömnstörningar. Dessa redovisas också separat. Sammantaget syns en konstant ökning av andelen personer med en psykiatrisk diagnos över tid (år 2014–2021), framför allt i åldersgrupperna 13–17 år, 18–24 år och 25–44 år, medan ökningarna är mindre tydliga för barn 0–12 år och vuxna 45 år och äldre.

Depression ligger tämligen konstant över tid för samtliga åldersgrupper medan ångestsyndrom ökar över tid. Ångestsyndrom är år 2021 också den vanligaste diagnosgruppen bland tonårsflickor, vuxna kvinnor och vuxna män (med undantag av män över 65 år där sömnsvårigheter är något vanligare).

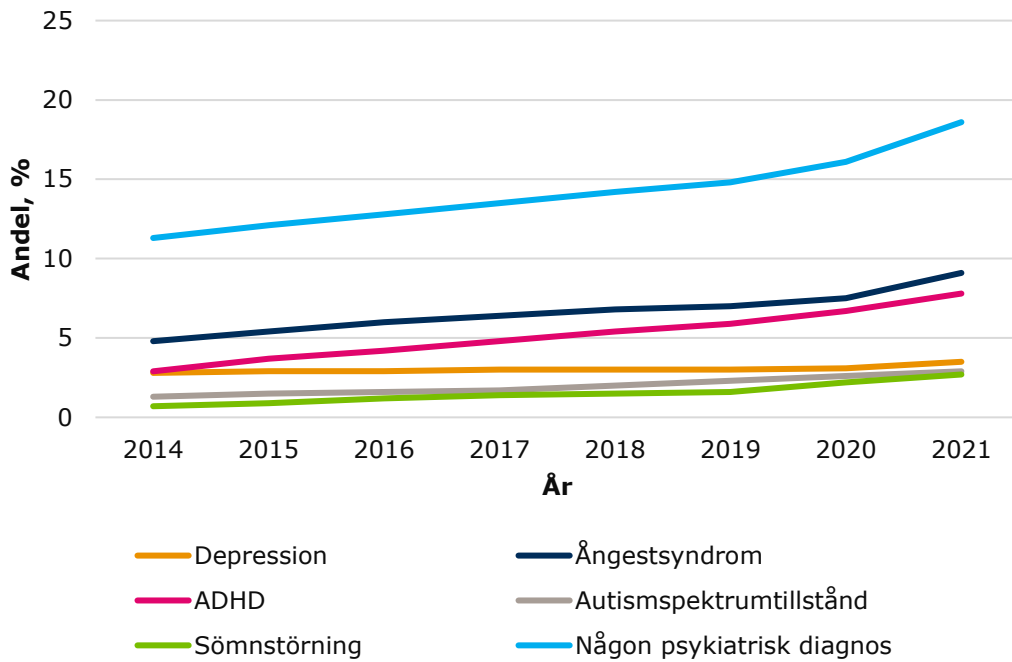
För barn 0–12 år och för pojkar 13–17 år är ADHD den vanligaste diagnosgruppen år 2021.



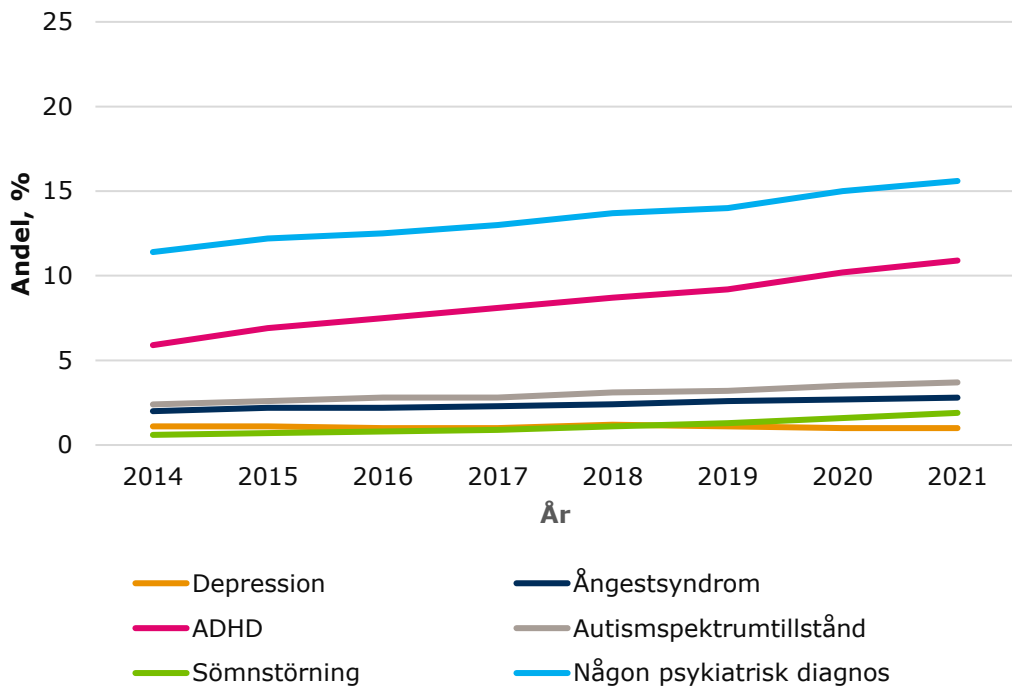
Figur 6. Andel flickor 0–12 år i Stockholms län med en psykiatrisk diagnos inom öppen- eller slutenvård.



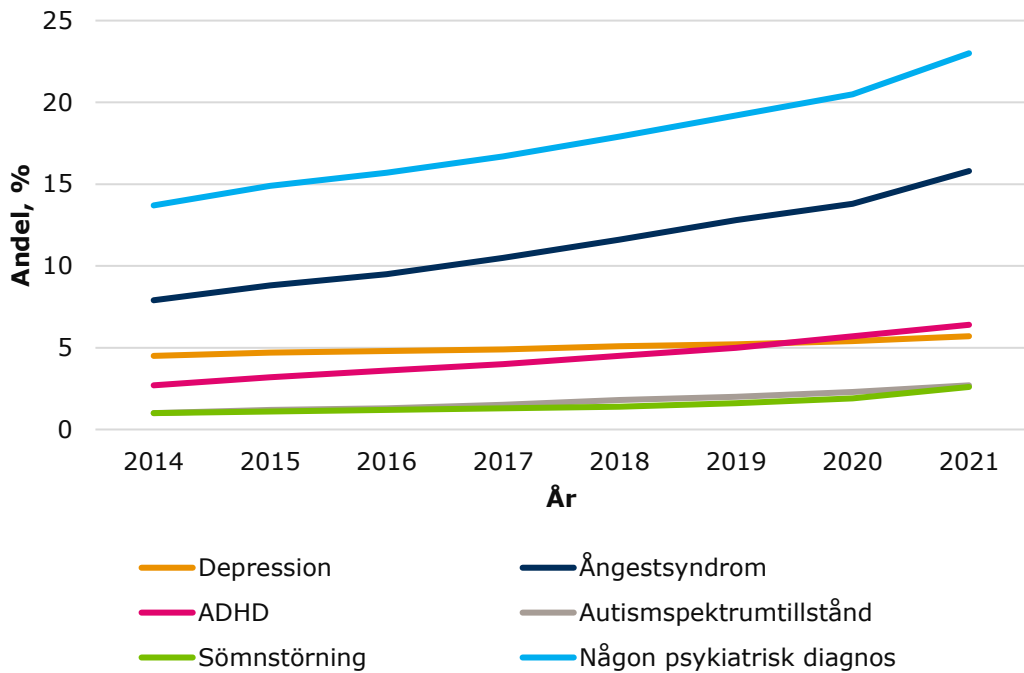
Figur 7. Andel pojkar 0–12 år i Stockholms län med en psykiatrisk diagnos inom öppen- eller slutenvård.



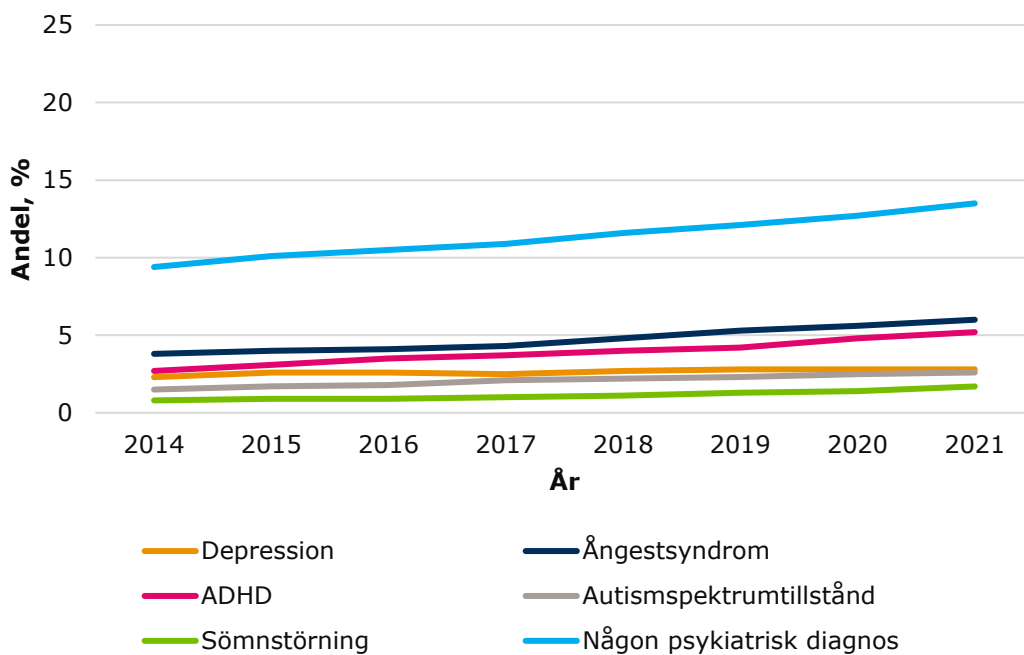
Figur 8. Andel flickor 13–17 år i Stockholms län med en psykiatrisk diagnos inom öppen- eller slutenvård.



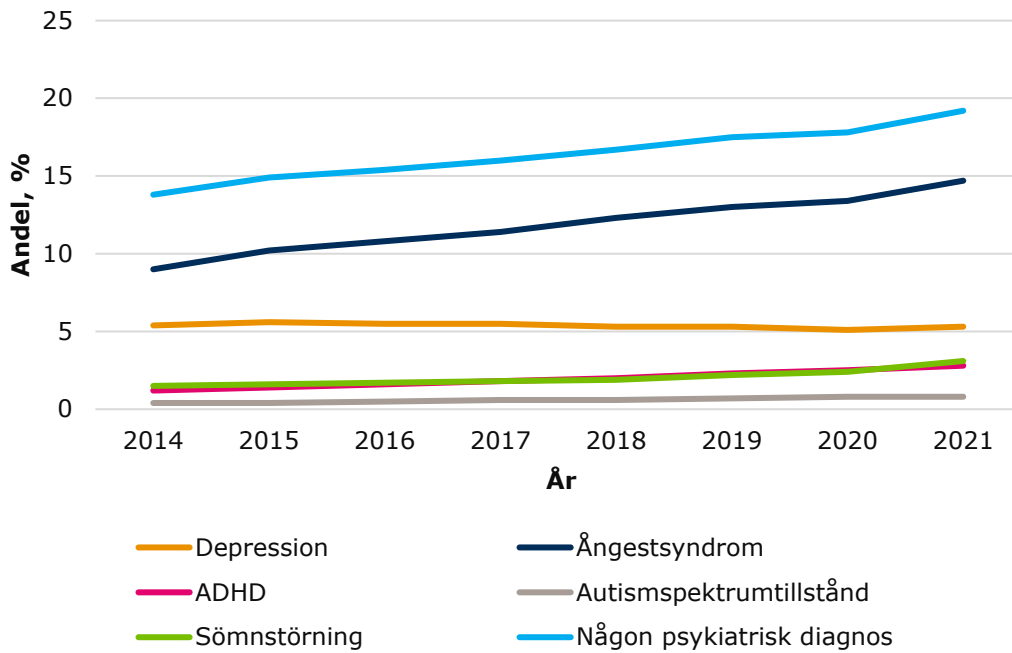
Figur 9. Andel pojkar 13–17 år i Stockholms län med en psykiatrisk diagnos inom öppen- eller slutenvård.



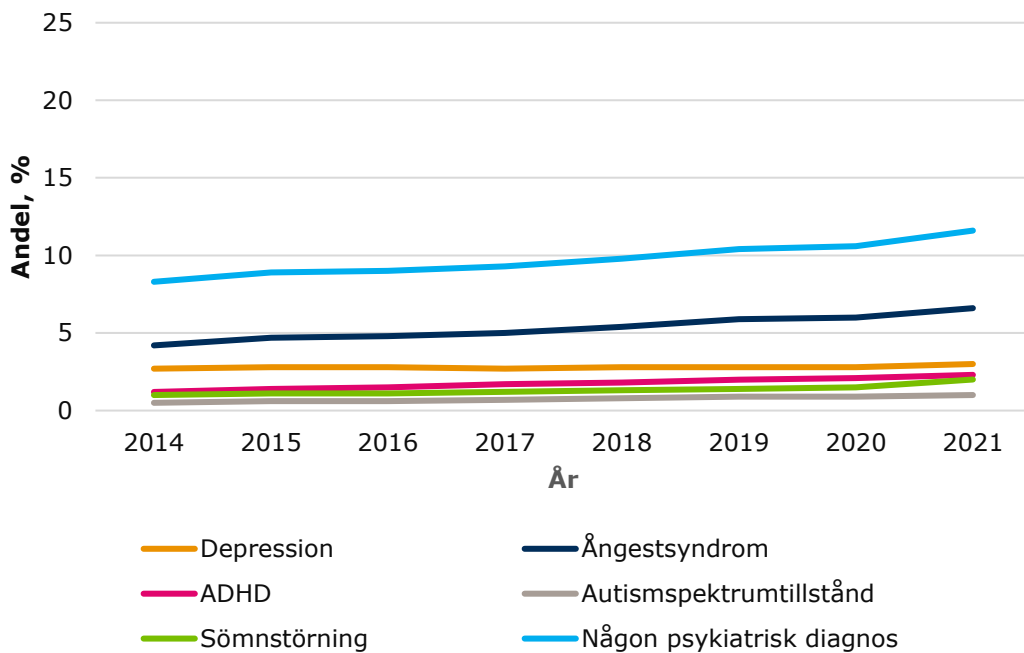
Figur 10. Andel kvinnor 18–24 år i Stockholms län med en psykiatrisk diagnos inom öppen- eller slutenvård.



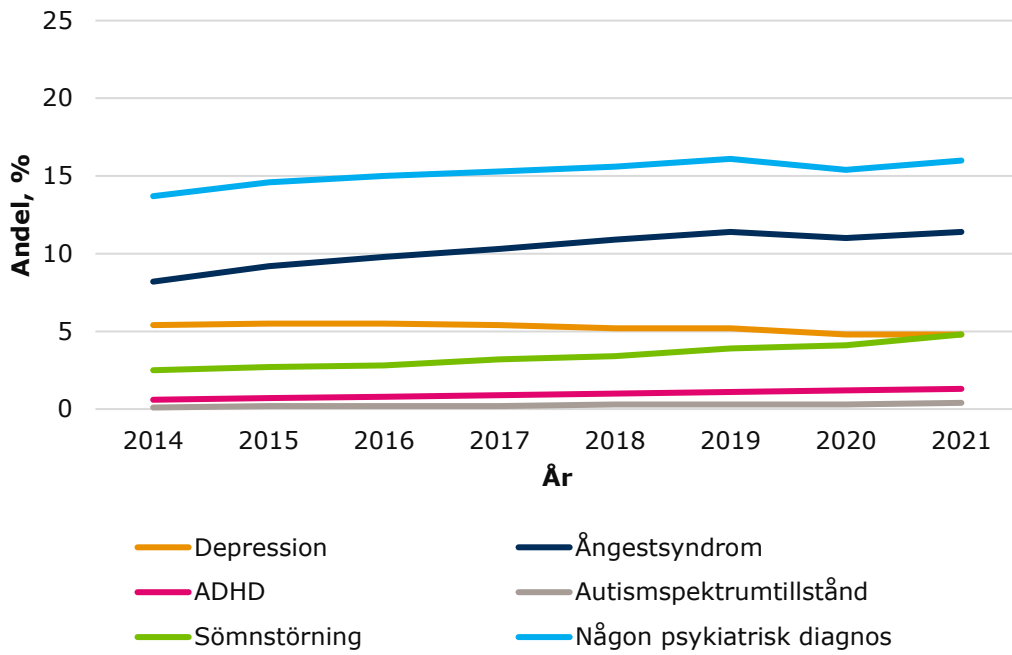
Figur 11. Andel män 18–24 år i Stockholms län med en psykiatrisk diagnos inom öppen- eller slutenvård.



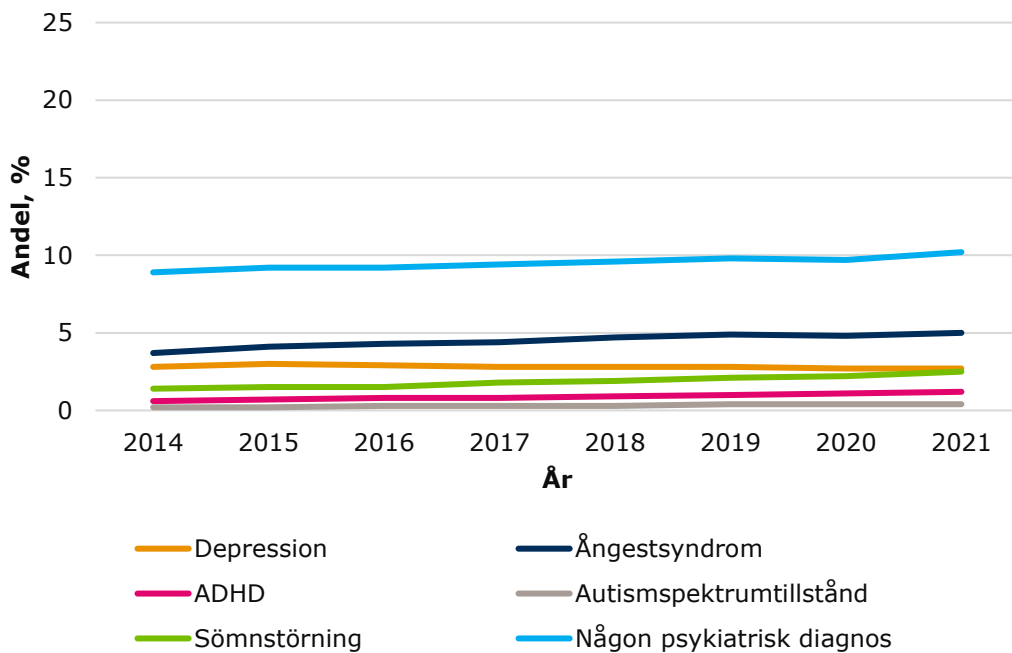
Figur 12. Andel kvinnor 25–44 år i Stockholms län med en psykiatrisk diagnos inom öppen- eller slutenvård.



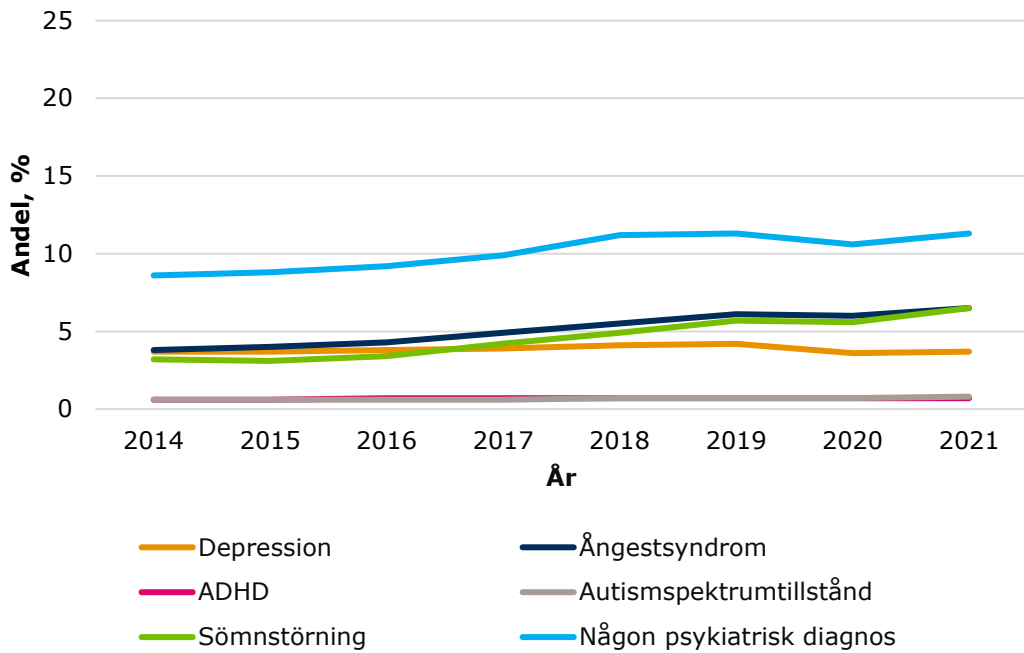
Figur 13. Andel män 25–44 år i Stockholms län med en psykiatrisk diagnos inom öppen- eller slutenvård.



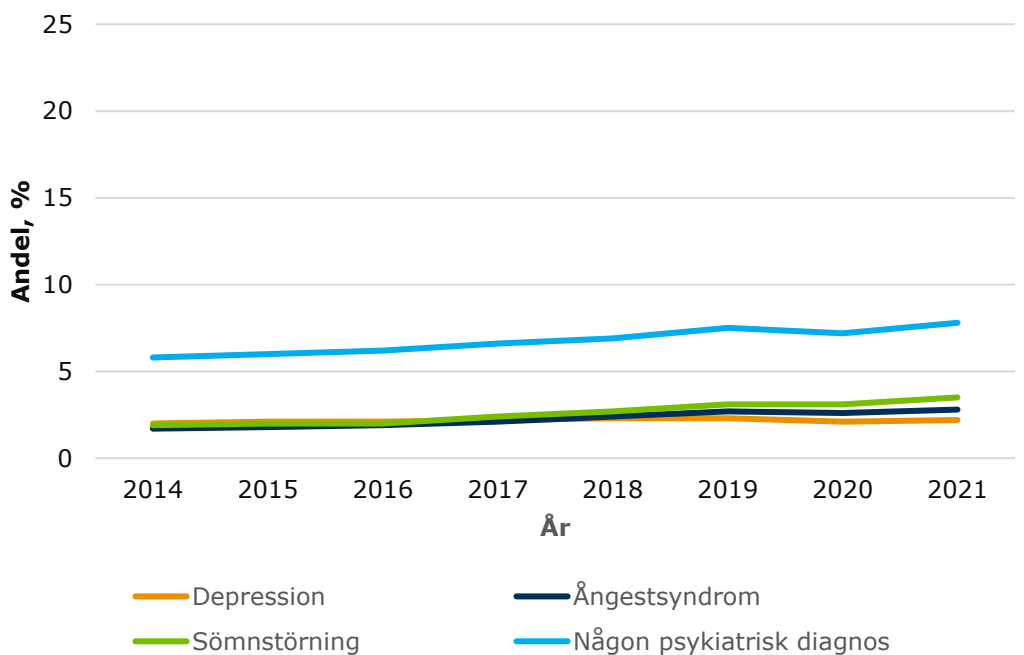
Figur 14. Andel kvinnor 45–64 år i Stockholms län med en psykiatrisk diagnos inom öppen- eller slutenvård.



Figur 15. Andel män 45–64 år i Stockholms län med en psykiatrisk diagnos inom öppen- eller slutenvård.



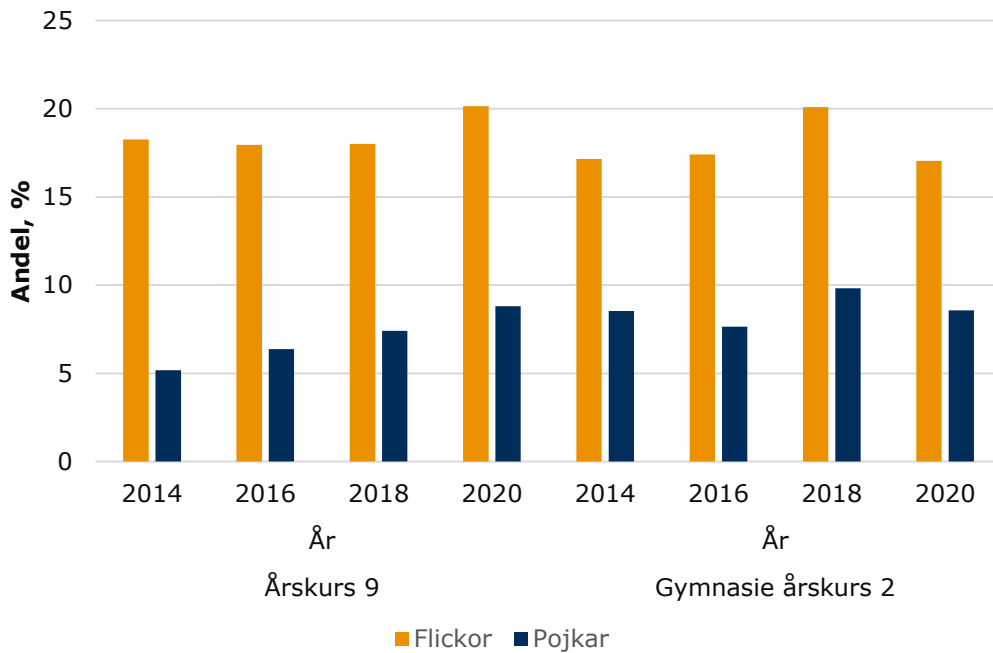
Figur 16. Andel kvinnor 65+ år i Stockholms län med en psykiatrisk diagnos inom öppen- eller slutenvård.



Figur 17. Andel män 65+ år i Stockholms län med en psykiatrisk diagnos inom öppen- eller slutenvård.

Självskattad psykisk ohälsa hos ungdomar över tid

Resultat från Stockholmsenkäten visar att andelen flickor 15 och 17 år som rapporterar att de väldigt ofta känner sig ledsna och deppiga har legat högt (knappt 20 procent av befolkningen), men relativt stabilt sedan år 2014. En lägre andel pojkar rapporterar att de väldigt ofta känner sig ledsna och deppiga, men andelen tycks ha ökat för 15-åriga pojkar sedan 2014 (figur 18).

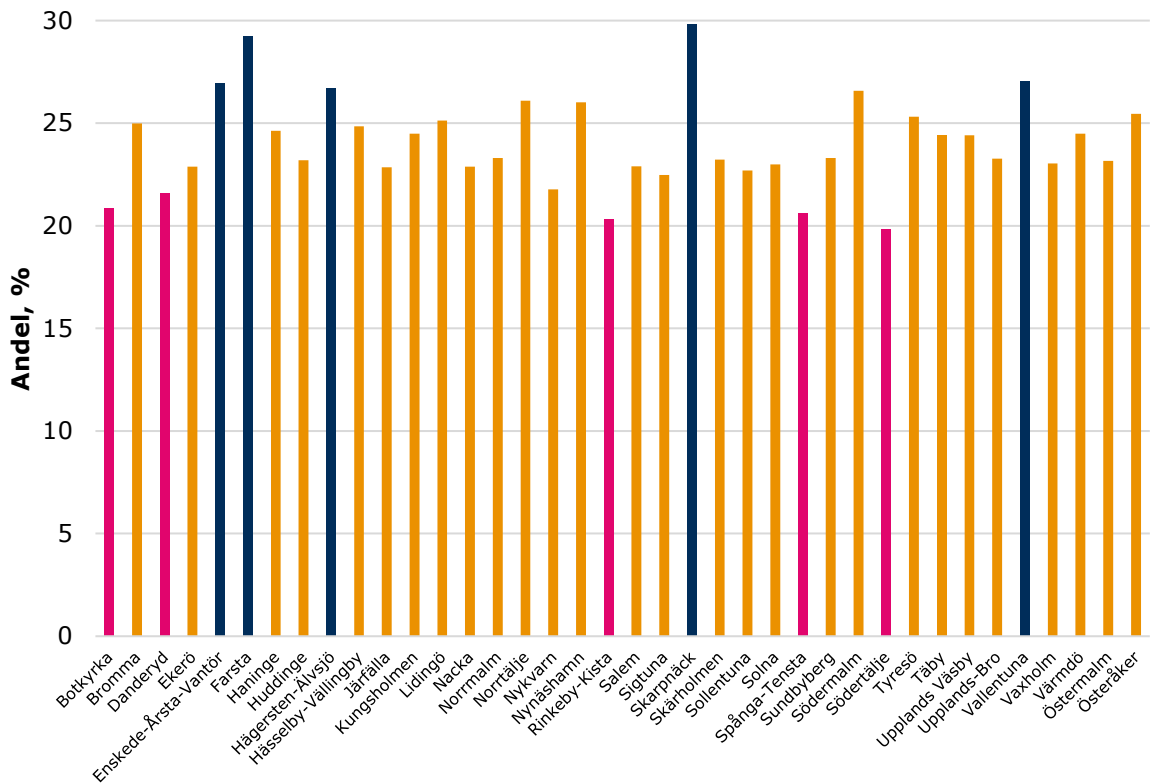


Figur 18. Andel som väldigt ofta känner sig ledsna och deppiga. Sammantaget resultat för Sollentuna, Järfälla, Ekerö, Stockholms stad, Södertälje och Botkyrka (2014–2020).

2.2 – Skillnader i psykisk hälsa mellan kommuner/stadsdelar

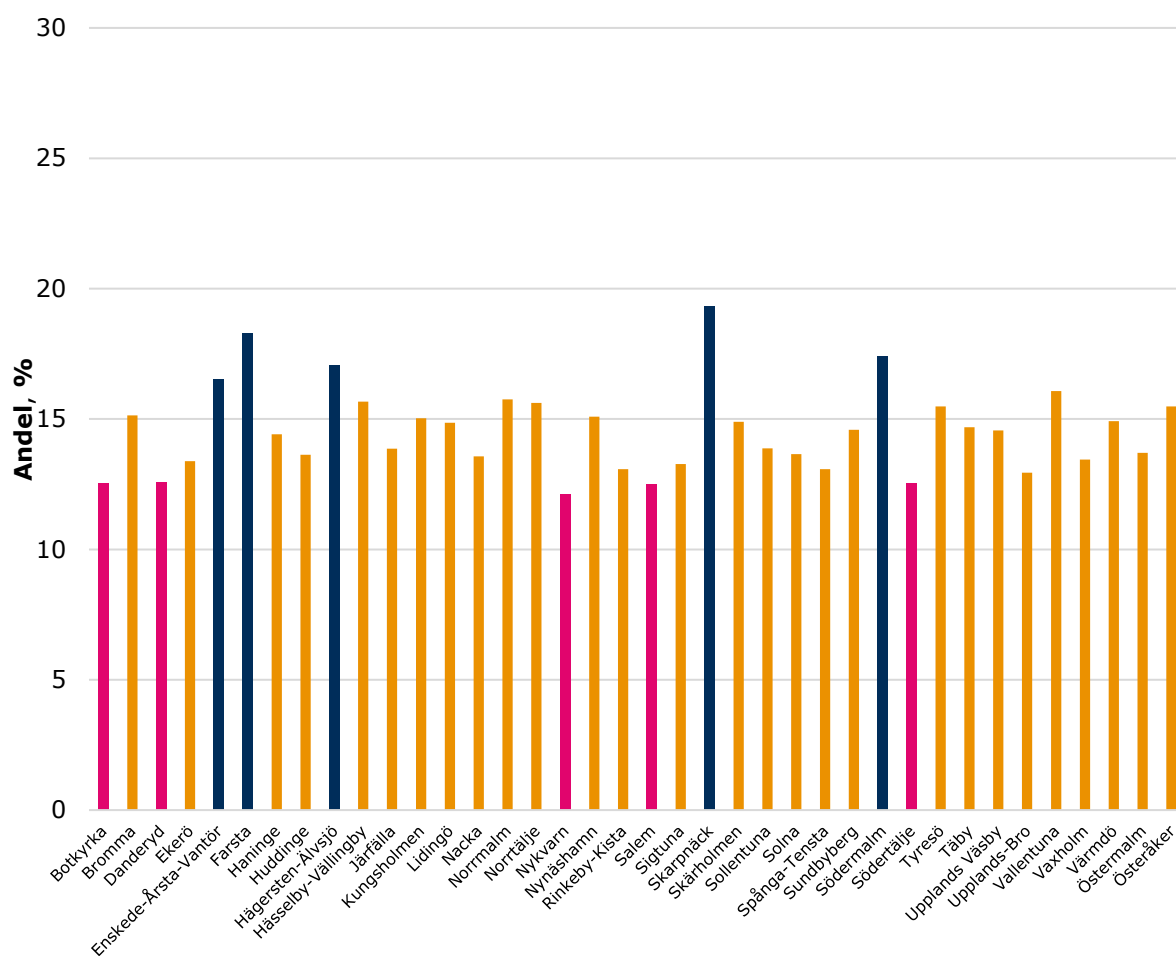
Vård för psykisk ohälsa uppdelat på kommun/stadsdel

Andelen kvinnor (16 år och äldre) som fått någon vård för psykisk ohälsa varierar mellan kommuner och stadsdelar (figur 19). De fem områden som hade lägst andel vård för psykisk ohälsa hos kvinnor år 2021 var Botkyrka, Danderyd, Rinkeby-Kista, Spånga-Tensta och Södertälje. Där var andelen cirka 20 procent. De fem områden som hade högst andel var Enskede-Årsta-Vantör, Farsta, Hägersten-Liljeholmen, Skarpnäck och Vallentuna. Där var andelen knappt 30 procent.



Figur 19. Geografiska skillnader i andel kvinnor (16 år och äldre) som fått någon vård för psykisk ohälsa. De fem högsta andelarna markerade i blått och de fem lägsta andelarna markerade i rosa.

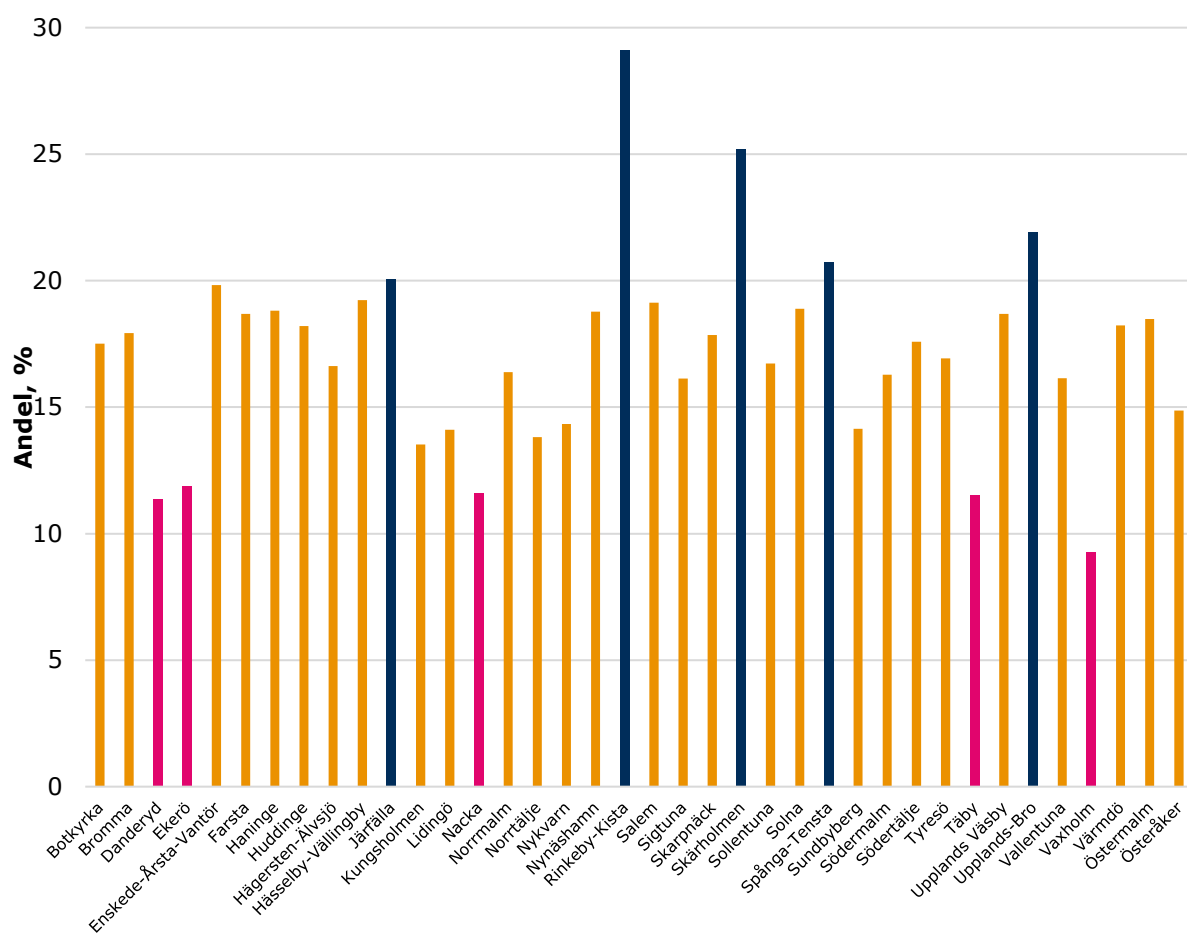
Andelen män (16 år och äldre) som fått någon vård för psykisk ohälsa varierar också mellan kommuner och stadsdelar (figur 20). Variationen liknar den för kvinnor. De fem områden som hade lägst andel vård för psykisk ohälsa år 2021 var Botkyrka, Danderyd, Nykvam, Salem och Södertälje (drygt 10 procent). De fem områden med högst andel år 2021 var Enskede-Årsta-Vantör, Farsta, Hägersten-Liljeholmen, Skarpnäck och Södermalm (knapp 20 procent).



Figur 20. Geografiska skillnader i andel män (16 år och äldre) som fått någon vård för psykisk ohälsa. De fem högsta andelarna markerade i blått och de fem lägsta andelarna markerade i rosa.

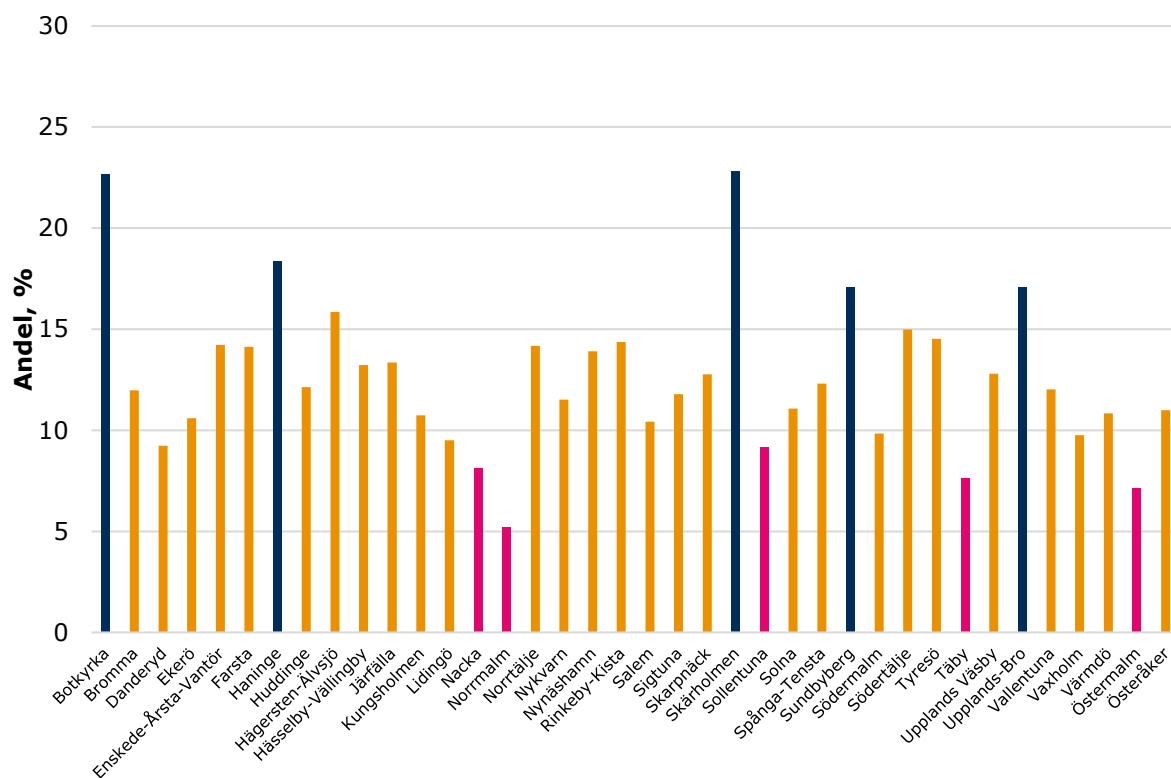
Självskattad psykisk ohälsa uppdelat på kommun/stadsdel

Andelen kvinnor (16 år och äldre) med besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom varierade mycket mellan kommuner och stadsdelar (figur 21). De fem områden som hade lägst andel (cirka 10 procent) var Danderyd, Ekerö, Nacka, Täby och Vaxholm. De fem områden som hade högst andel (20–30 procent) var Järfälla, Rinkeby-Kista, Skärholmen, Spånga-Tensta och Upplands-Bro.



Figur 21. Geografiska skillnader i andel kvinnor (16 år och äldre) med besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom. De fem högsta andelarna markerade i blått och de fem lägsta andelarna markerade i rosa.

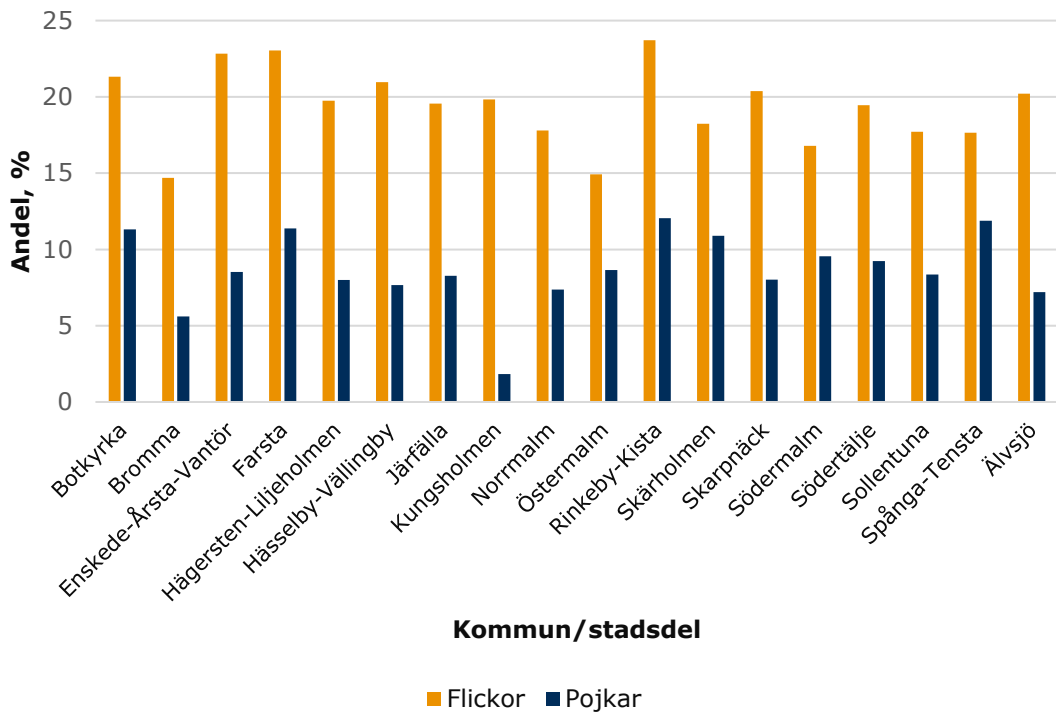
Även andelen män med besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom varierade mycket mellan kommuner och stadsdelar (figur 22). De fem områden som hade lägst andel (5–9 procent) var Nacka, Norrmalm, Sollentuna, Täby och Östermalm. De fem områden som hade högst andel (17–23 procent) var Botkyrka, Haninge, Skärholmen, Sundbyberg och Upplands-Bro.



Figur 22. Geografiska skillnader i andel män (16 år och äldre) med besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom. De fem högsta andelarna markerade i blått och de fem lägsta andelarna markerade i rosa.

Andelen flickor (15 och 17 år) som angav att de väldigt ofta kände sig ledsna och deppiga varierade mellan kommuner/stadsdelar (figur 23). De tre områden som hade lägst andel var Bromma, Östermalm och Södermalm (15–17 procent). De tre områden som hade högst andel var Rinkeby-Kista, Farsta och Enskede-Årsta-Vantör (23–24 procent).

Andelen pojkar (15 och 17 år) som angav att de väldigt ofta kände sig ledsna och deppiga varierade i ännu högre grad mellan kommuner/stadsdelar jämfört med flickor (figur 23). De tre områden som hade lägst andel var Kungsholmen, Bromma och Ålvsjö (2–7 procent). De tre områden som hade högst andel var Rinkeby-Kista, Spånga-Tensta och Farsta (11–12 procent).



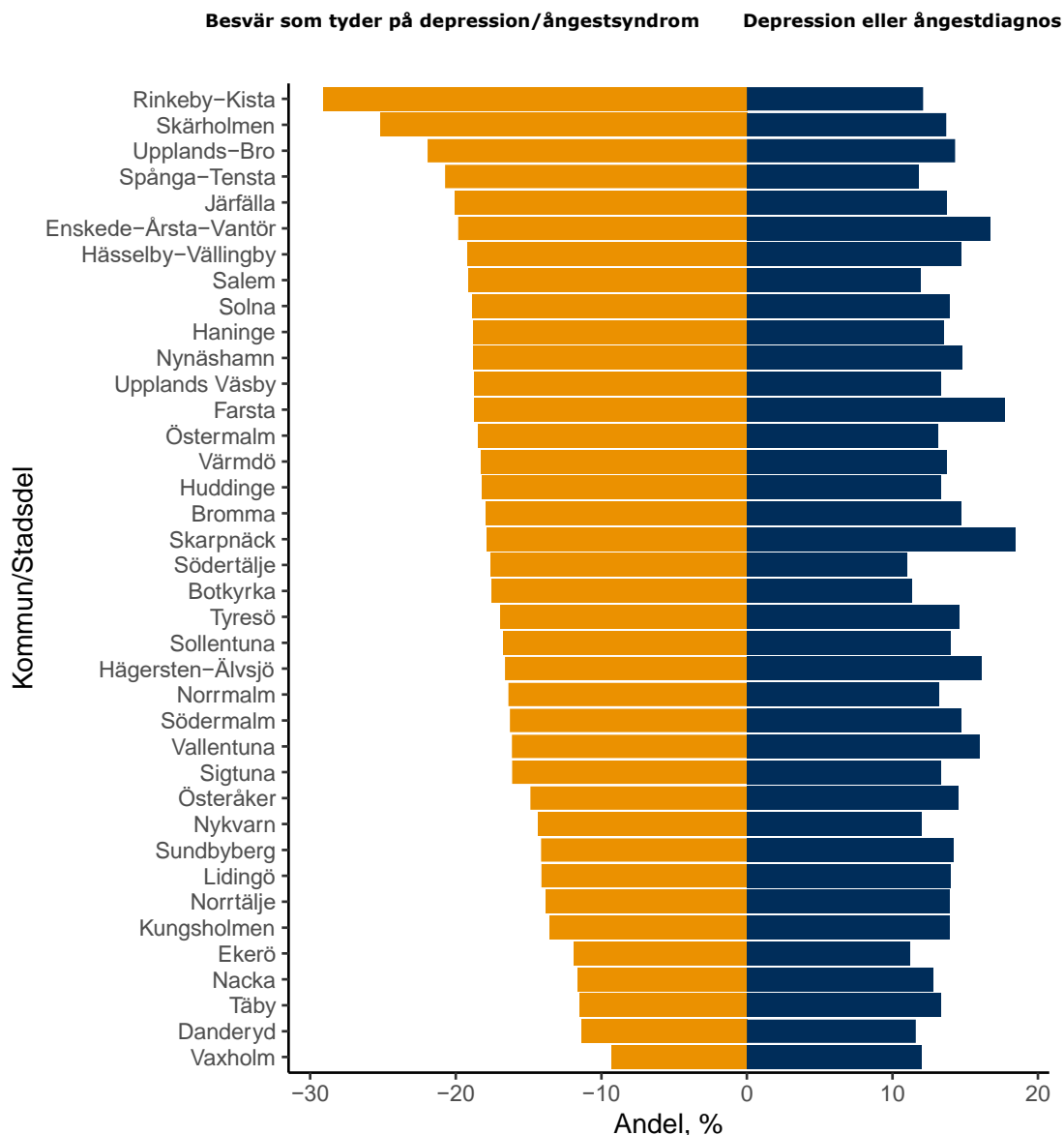
Figur 23. Geografiska skillnader i andel flickor och pojkar (15 och 17 år) som väldigt ofta känner sig ledsna och deppiga år 2020.

Diagnostiserad depression eller ångest jämfört med självskattade besvär

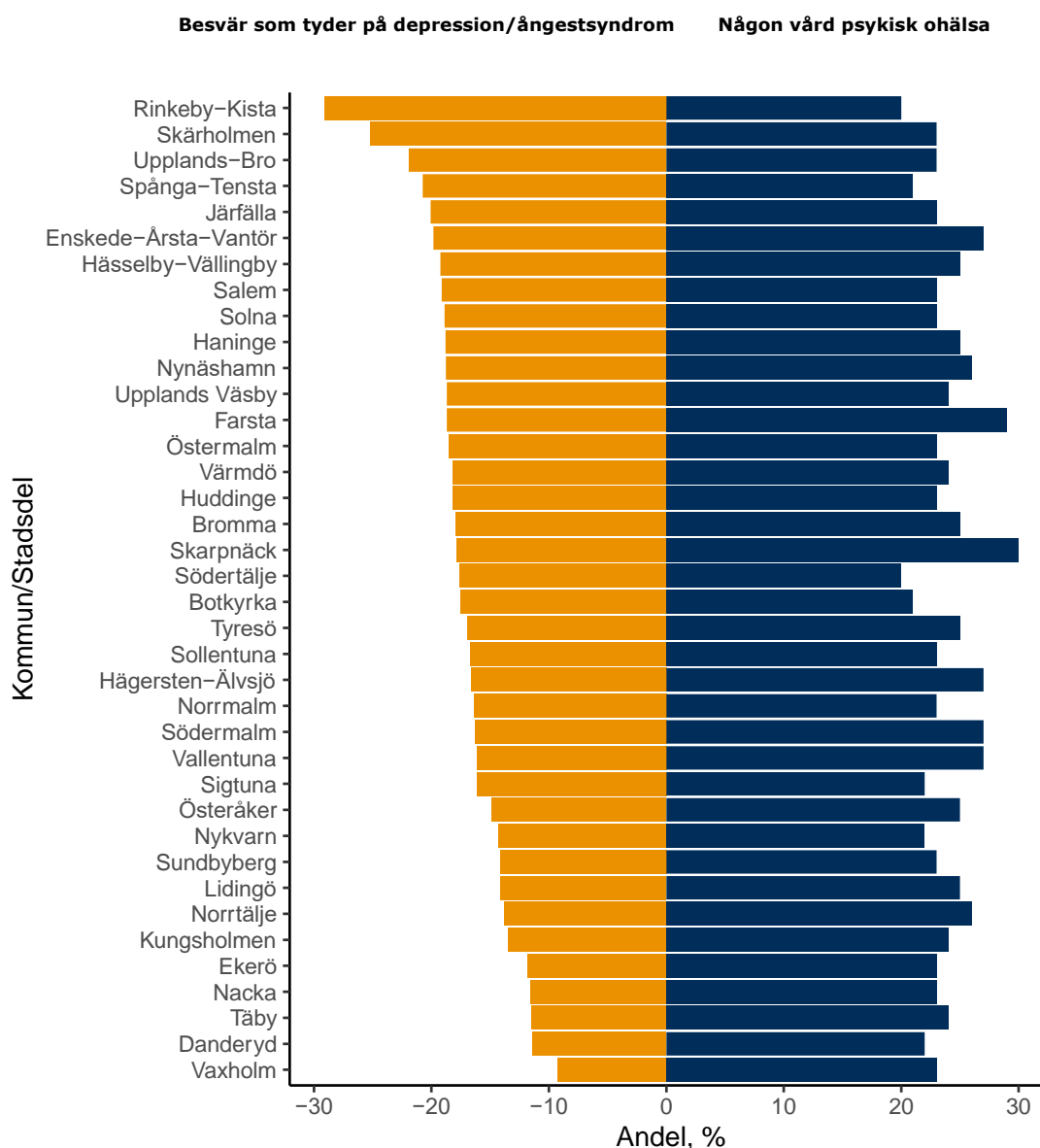
Inom varje kommun/stadsdel kan man jämföra hur stor andel med självskattade besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom med hur stor andel som har fått en depressions- eller ångestdiagnos i vården. Man kan sedan jämföra hur stor skillnaden däremellan är i olika kommuner/stadsdelar. För både kvinnor och män är de geografiska skillnaderna betydligt större för självskattade besvär än för depressions- eller ångestdiagnoser.

Till exempel har Rinkeby-Kista ungefär tre gånger så stor andel kvinnor med besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom jämfört med Vaxholm, Danderyd, Täby, Nacka och Ekerö (figur 24). Trots det har Rinkeby-Kista en liknande andel kvinnor med depressions- eller ångestdiagnos som dessa kommuner.

Samma mönster finns om man jämför självskattade besvär med den bredare indikatorn Någon vård för psykisk ohälsa (figur 25).

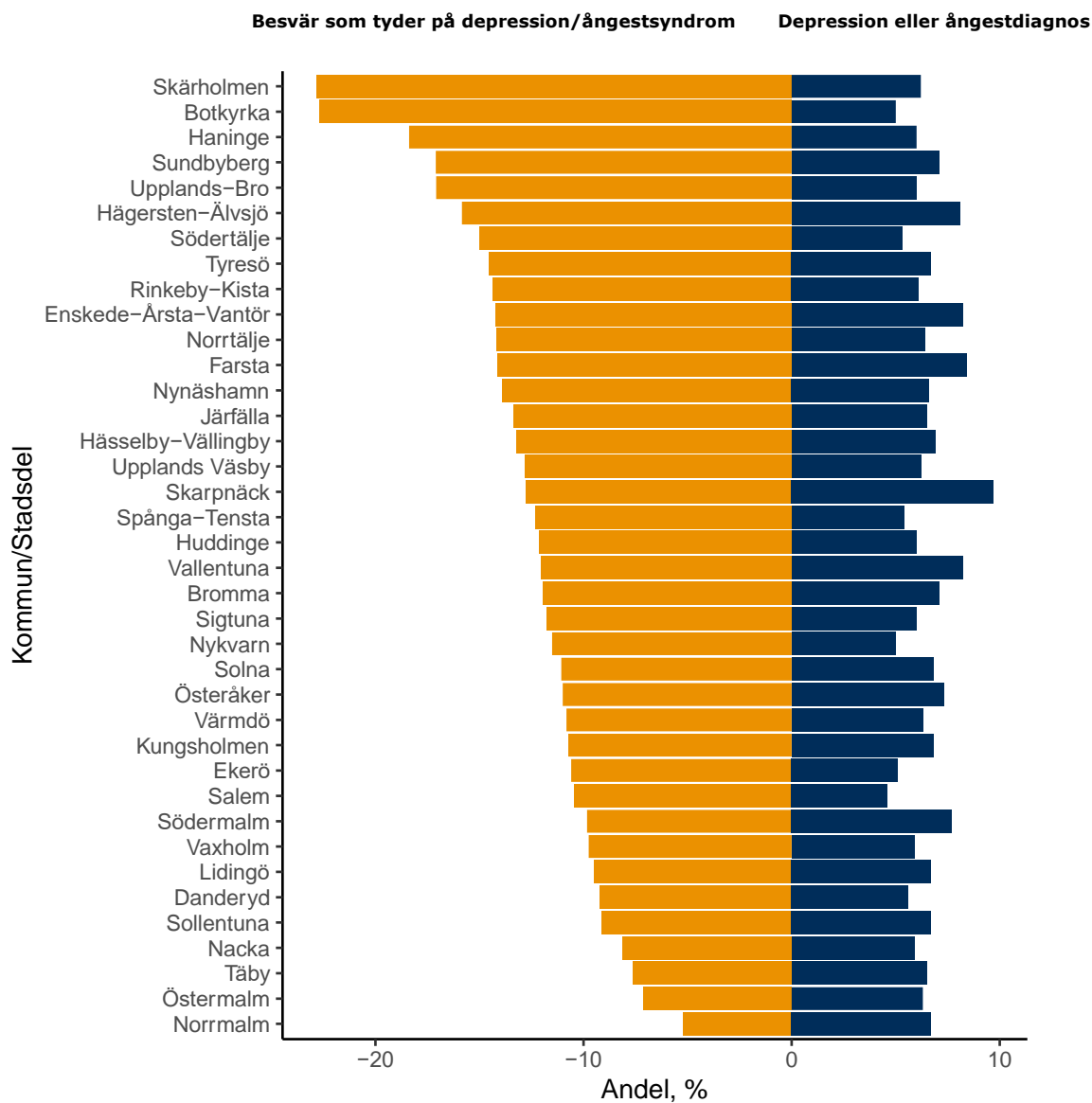


Figur 24. Geografiska skillnader i andel kvinnor (16 år och äldre) med besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom (orange) samt andel som har fått en depressions- eller ångestdiagnos i vården under år 2021 (blått).

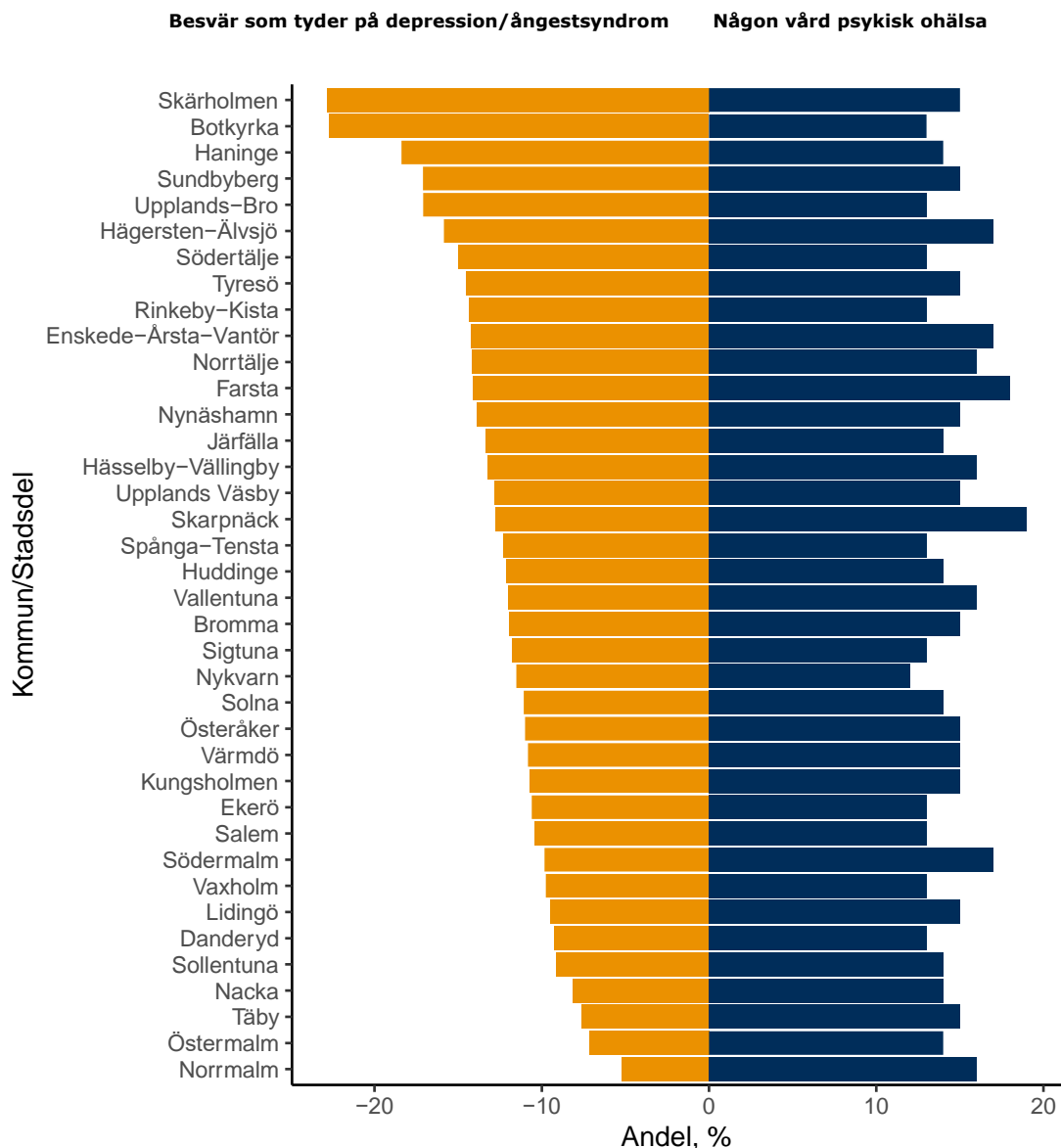


Figur 25. Geografiska skillnader i andel kvinnor (16 år och äldre) med besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom (orange) samt andel som har fått någon vård för psykisk ohälsa år 2021 (blått).

Även för män finns det betydligt större geografisk variation i självskattade besvär med depression och ångest jämfört med depressions- eller ångestdiagnoser (figur 26). För män har till exempel Skärholmen och Botkyrka ungefär 3–4 gånger så stor andel män med besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom som Norrmalm, Östermalm och Täby. Samtidigt skiljer sig inte andelen som fått en depressions- eller ångestdiagnos nämnvärt mellan dessa områden. Samma mönster finns om man jämför självskattade besvär med den bredare indikatorn Någon vård för psykisk ohälsa (figur 27).



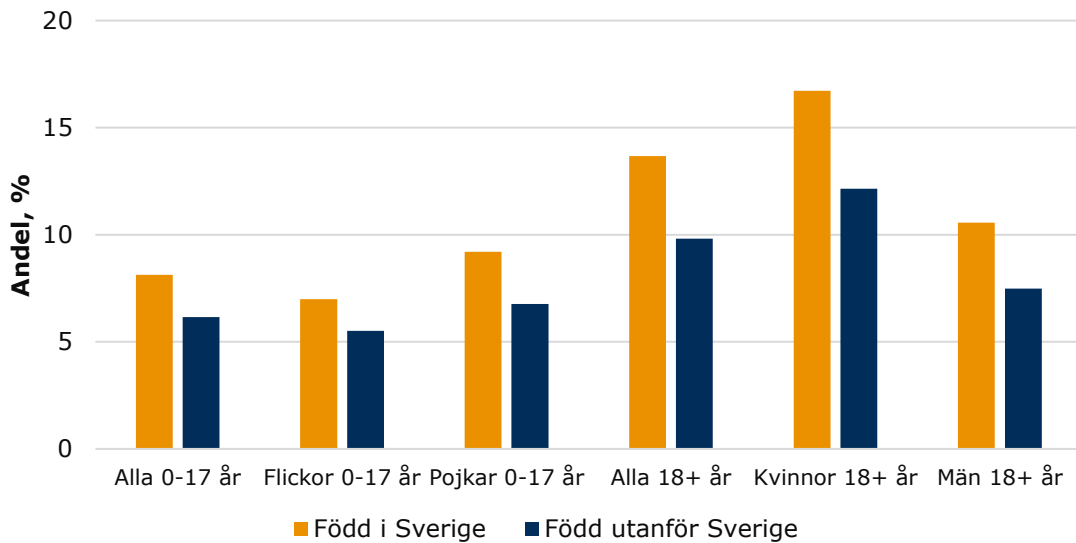
Figur 26. Geografiska skillnader i andel män (16 år och äldre) med besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom (orange) samt andel som har fått en depressions- eller ångestdiagnos i vården under år 2021 (blått).



Figur 27. Geografiska skillnader i andel män (16 år och äldre) med besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom (orange) samt andel som har fått någon vård för psykisk ohälsa år 2021 (blått).

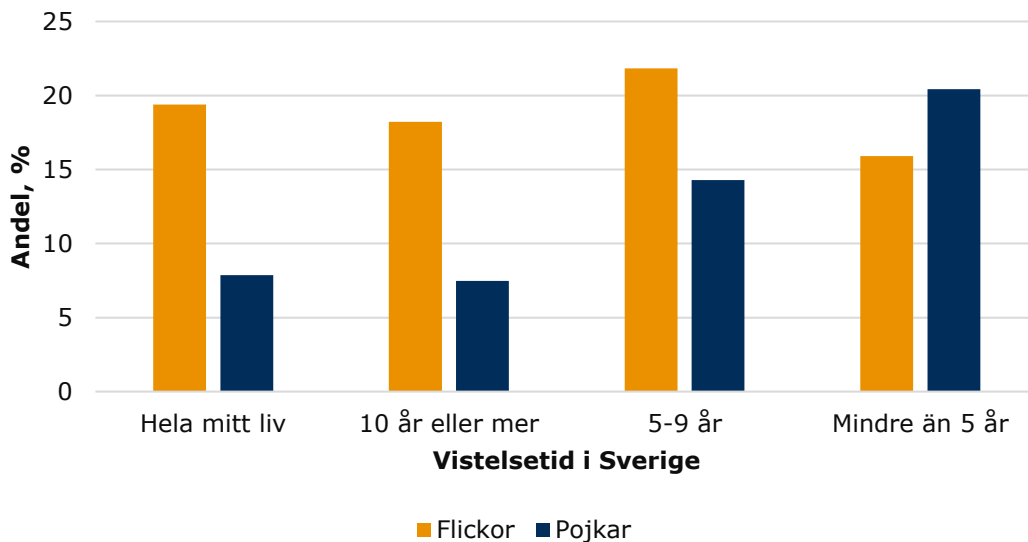
2.3 – Skillnader i psykisk hälsa utifrån födelse- och vistelsetid i Sverige

En större andel svenskfödda än utrikesfödda hade en psykiatrisk diagnos år 2020. Resultatet gäller både män och kvinnor samt barn och vuxna (figur 28).



Figur 28. Andel personer som fått en psykiatrisk diagnos år 2020 fördelat efter variabeln född i eller utanför Sverige.

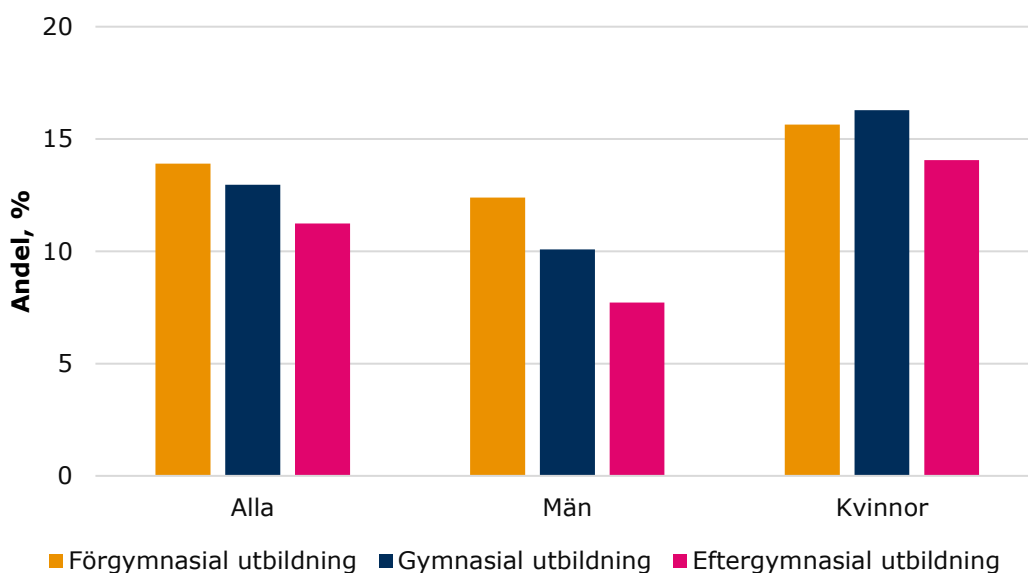
När det gäller självskattad nedstämdhet var andelen högre hos pojkar (15 och 17 år) som vistats mindre än fem år i Sverige samt mellan fem och nio år i Sverige, jämfört med pojkar som vistats mer än 10 år i Sverige. För flickor fanns ingen tydlig trend avseende vistelsetid i Sverige (figur 29).



Figur 29. Andel 15- och 17-åringar som väldigt ofta känner sig ledsna och deppiga år 2020 uppdelat efter vistelsetid i Sverige. Data från Stockholm stad och Södertälje.

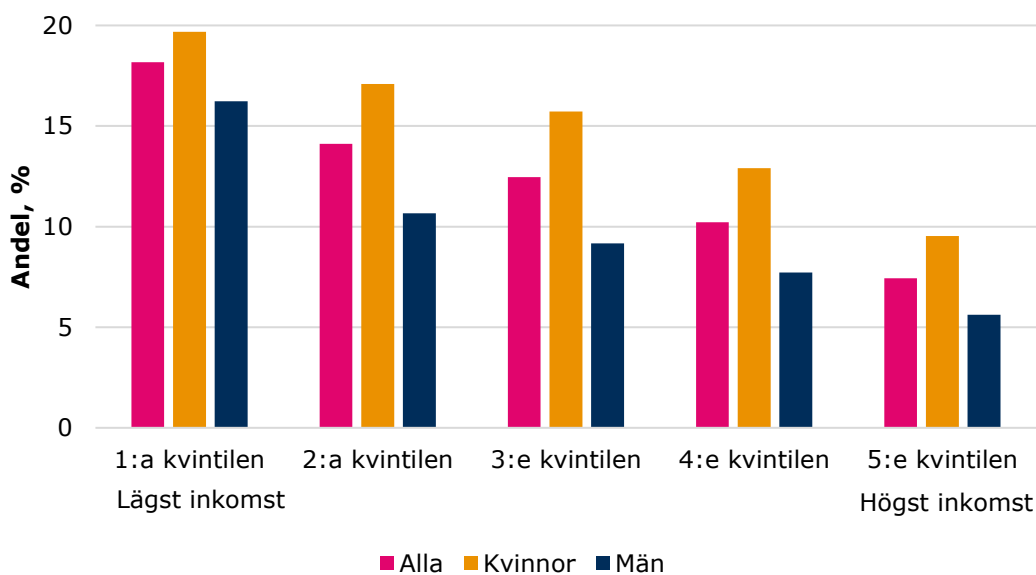
2.4 – Skillnader i psykisk hälsa utifrån utbildning och inkomst

Personer med kortare utbildning hade i högre grad en psykiatrisk diagnos år 2020 jämfört med de med längre utbildning (figur 30). Trenden är tydligast bland män. Skillnaderna är mindre än skillnaderna utifrån födelseland.



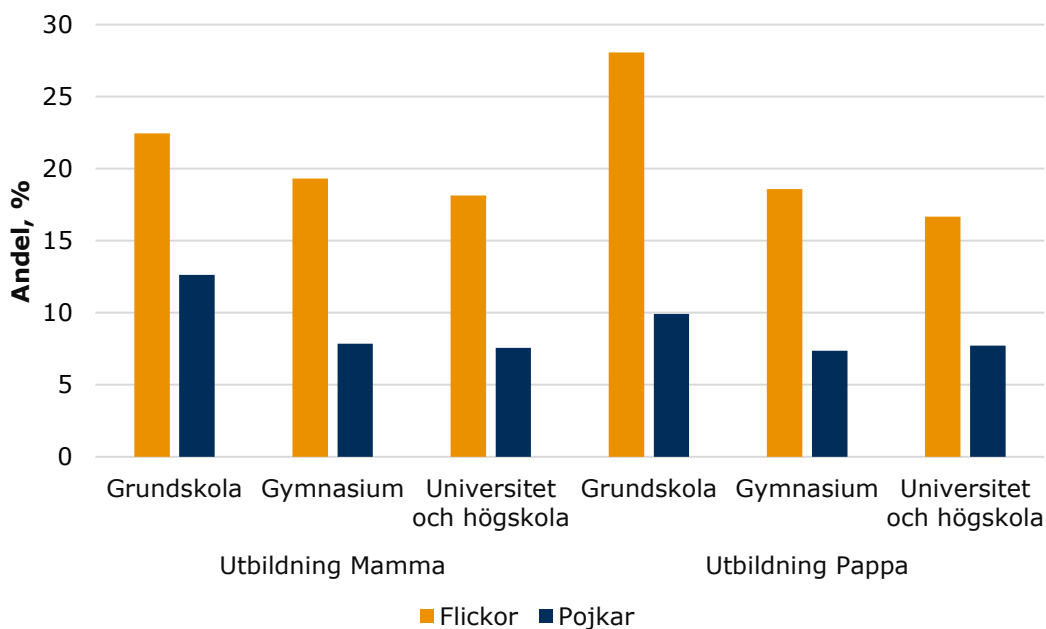
Figur 30. Andel personer (25 år och äldre) som fått en psykiatrisk diagnos år 2020 uppdelat på utbildningsnivå.

Personer med lägre inkomst hade i högre grad en psykiatrisk diagnos år 2020 jämfört med de med högre inkomst (figur 31). Trenden är tydlig både bland kvinnor och män.



Figur 31. Andel personer som fått en psykiatrisk diagnos år 2020 uppdelat på disponibel inkomst.

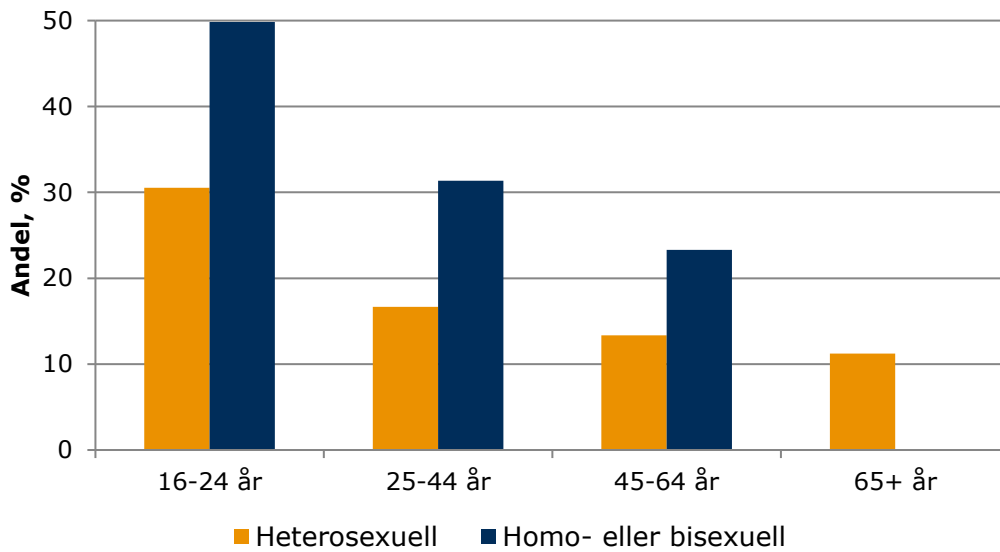
Även ungdomars psykiska hälsa hänger ihop med föräldrarnas utbildningsnivå. Pojkar och flickor (15 och 17 år) som hade föräldrar med kortare utbildning hade i högre grad självskattad nedstämdhet (figur 32).



Figur 32. Andel 15- och 17-åringar som väldigt ofta känner sig ledsna och deppiga uppdelat efter föräldrars utbildningsnivå, år 2020. Data från Stockholm stad och Södertälje.

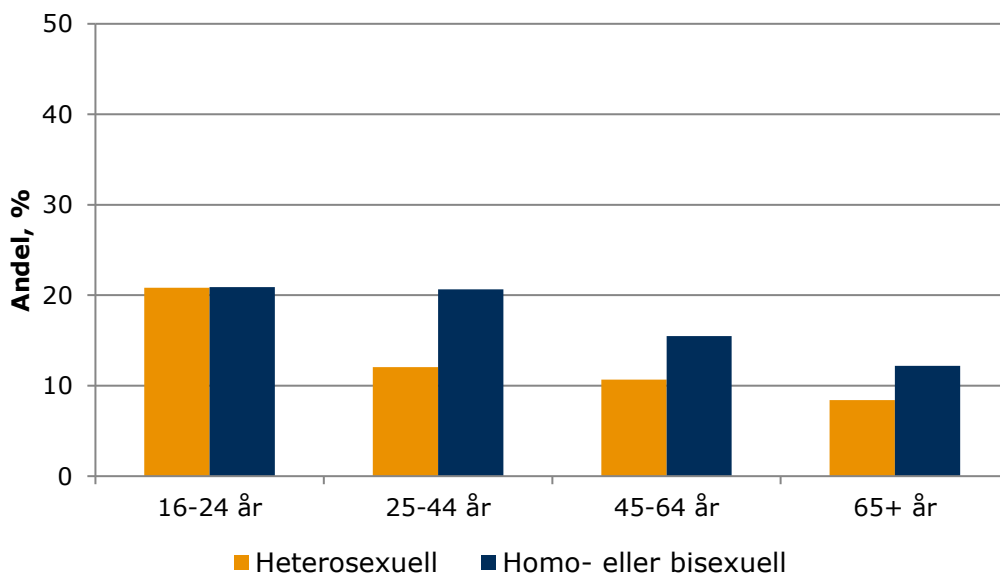
2.5 – Skillnader i psykisk hälsa utifrån sexuell läggning

Hos kvinnor är andelen med besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom betydligt högre i gruppen homosexuella eller bisexuella jämfört med gruppen heterosexuella för alla åldersgrupper, förutom i åldersgruppen 65 år och äldre (figur 33).



Figur 33. Andel kvinnor (16 år och äldre) med besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom uppdelat efter sexuell läggning.

För män är andelen med besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom också betydligt högre i gruppen homosexuella eller bisexuella jämfört med gruppen heterosexuella för alla åldersgrupper förutom åldersgruppen 16–24 år där ingen skillnad finns (figur 34).



Figur 34. Andel män (16 år och äldre) med besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom uppdelat efter sexuell läggning.

3 – Hur kan insatser prioriteras i länet?

Unga kvinnor

Rapporten visar att det finns skillnader mellan kvinnor och män både vad gäller självskattade psykiska besvär och vård för psykisk ohälsa. Kvinnor har för samtliga åldersgrupper som undersökts något högre självskattad oro och ångest jämfört med män. Andelen som får en ångestdiagnos i vården är också högre för kvinnor än män, och ångestdiagnoser är de diagnoser som har ökat mest hos kvinnor under de senaste åtta åren.

För självskattade psykiska besvär (både ångest och depression) syns de största skillnaderna mellan kvinnor och män hos de unga (16–24 år), där en större andel unga kvinnor rapporterar besvär. Unga kvinnor är den grupp som rapporterar mest besvär, och även den grupp där störst andel får vård för psykisk ohälsa.

Slutsats 1: Ångest är vanligare hos kvinnor än män, och utifrån vårddata är det den problematik som har ökat mest hos kvinnor de senaste åtta åren, framför allt i åldersgruppen 18–24 år. Unga kvinnor borde alltså vara en särskilt prioriterad grupp.

Förslag: Det finns god evidens för behandling av ångestsyndrom, till exempel kognitiv beteendeterapi. Socialstyrelsen bedömer dock att tillgängligheten till sådan behandling behöver öka (1). Det är viktigt att evidensbaserad behandling är tillgänglig i ett tidigt skede inom primärvårdens första linje. Idag får många ungdomar (gruppen 13–17 år) vård för psykisk ohälsa inom den specialiserade psykiatrin. Trots satsningar på den så kallade första linjen för psykisk ohälsa finns således en obalans, där första linjen behöver bli mer tillgänglig och sannolikt ytterligare utbyggd.

Även förebyggande insatser riktade mot unga kvinnor vore önskvärt men här finns inte lika mycket kunskap som underlag för tydliga förslag. Flertalet studier har undersökt program för att förebygga ångest hos skolbarn (2). Trots vissa lovande resultat är överförbarheten av dessa program och långsiktiga konsekvenser för sådana insatser fortfarande oklara. Det är därmed önskvärt att program som i andra länder visat sig vara effektiva anpassas, implementeras och utvärderas i skolan.

Forskning om riskfaktorer för ångestsyndrom pekar på en mängd möjliga faktorer (3). Vanliga riskfaktorer som lyfts i forskning är låg inkomst och utsatt ekonomisk situation, livsstilsfaktorer (till exempel rökning och låg fysisk aktivitet), svårigheter tidigare i livet (till exempel förlust av förälder, psykisk sjukdom hos förälder, föräldrars separation, misshandel och utsatthet) men även stressfyllda situationer i vuxen ålder (till exempel stress relaterat till arbete) (4). Även om riktningen i orsakssambandet inte är klarlagd finns även vissa studier som pekar på att hög användning av sociala medier har ett samband med risken att ha en ångestproblematik (5). Sammantaget finns det alltså många faktorer som sannolikt bidrar till att öka risken att utveckla ångestproblematik. Det är därmed inte gynnsamt att enbart välja ut enskilda riskfaktorer att försöka påverka. Man bör i stället arbeta för att påverka flera av dessa riskfaktorer samtidigt. Det kan innebära tidiga insatser som att erbjuda föräldrastöd för de som önskar, men också att arbeta för att säkerställa en fullföljd gymnasieutbildning och andra insatser för att främja ungas etablering i arbetslivet, det vill säga insatsområden som påverkar folkhälsan brett.

Unga män

Unga vuxna är den grupp där störst andel rapporterar psykiska besvär. Även om unga kvinnor sticker ut (som beskrivits ovan) så bör det betonas att unga män rapporterar lika

mycket eller mer besvär än kvinnor och män i äldre åldersgrupper. Den stora andelen unga män som anger besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom motsvaras inte av vårddata. Även om andelen unga män som får vård har ökat de senaste åtta åren är det fortfarande en lägre andel unga män som får vård för psykisk ohälsa jämfört med kvinnor i alla åldersgrupper från 13 år och uppåt. Unga män får inte heller tydligt mer vård för psykisk ohälsa än vuxna män i äldre åldersgrupper.

Slutsats 2: Det finns en diskrepans mellan unga mäns självskattade psykiska ohälsa och mängden vård för psykisk ohälsa, vilket talar för att unga män underkonsumerar vård för psykisk ohälsa.

Förslag: Sveriges Kommuner och Regioner har gett ut en rapport om maskulinitet och psykisk hälsa, som bland annat tar upp möjliga anledningar till att män söker vård i lägre grad än kvinnor. Rapporten ger förslag på hur man kan sänka trösklarna för att män ska söka vård som motsvarar behoven (6). Exempel på detta är att öka kunskapen om var och när man kan söka hjälp genom uppsökande verksamhet från aktörer som arbetar med psykisk ohälsa, hänvisningar till kunskap och stöd på nätet, samt information i skolan.

De förslag om prevention i en bredare bemärkelse som beskrivs under rubriken Unga kvinnor är sannolikt lika relevanta för att minska riskfaktorer för psykisk ohälsa hos unga män, alltså att arbeta för en god utbildning till alla, tillgång till föräldrastöd för de som önskar och insatser för att främja ungas etablering i arbetslivet.

Barn under 15 år

Slutsats 3: Det saknas undersökningar av självskattade (eller föräldraskattade) psykiska besvär hos barn under 15 år. Det gör att det finns begränsat med information om psykiska besvär hos barn under 15 år.

Förslag: Utveckla Stockholmsenkäten så att den även kan genomföras redan från årskurs 4.

Områden med låg socioekonomi

Självskattad psykisk ohälsa är vanligare de i stadsdelar/kommuner som har högst andel personer med kortare utbildning och lägre inkomst än genomsnittet. Det motsatta gäller för de stadsdelar/kommuner som har en låg andel personer med självskattade psykiska besvär. I dessa kommuner/stadsdelar har invånarna längre utbildning och högre inkomst än genomsnittet. Resultaten indikerar alltså ett samband mellan socioekonomiska faktorer och psykiska besvär.

Slutsats 4: Stadsdelar/kommuner som karaktäriseras av låg socioekonomi (till exempel Skärholmen, Botkyrka, Rinkeby-Kista, Upplands-Bro och Järfälla) har en högre andel personer med psykiska besvär.

Förslag: Folkhälsomyndigheten har i rapporten "Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige" uppmärksammat ojämlikheter kopplade till låg socioekonomi, vilket innebär en högre förekomst av psykisk ohälsa för denna grupp (7). Deras förslag är att insatser för att minska den psykiska ohälsan ska vara riktade till hela befolkningen, men att grupper med låg socioekonomi kan vara i behov av särskilt beaktande. Särskilda insatser kan handla om att öka tillgängligheten till och kunskapen om tidiga insatser för psykisk ohälsa som ges inom primärvård, men i en även bredare bemärkelse insatser i skolan och insatser för att främja sysselsättning och minska ekonomisk utsatthet.

Utrikes födda

Andelen personer i en kommun/stadsdel som har fått vård för psykisk ohälsa stämmer inte väl överens med invånarnas självskattade psykiska hälsa. Det finns flera kommuner/stadsdelar där en låg andel invånare får vård samtidigt som invånarna har hög självskattad ohälsa (till exempel Botkyrka, Södertälje, Rinkeby-Kista och Salem). Men det finns även kommuner/stadsdelar med låg andel i vård som också har låg andel med självskattade besvär (till exempel Danderyd och Nykvarn).

Det verkar alltså finnas olika skäl till att en kommun/stadsdel har lägre andel vård för psykisk ohälsa. Det kan bero på att färre har psykiska besvär, men det kan också bero på att invånarna underkonsumerar vård. Rapporten visar att utrikesfödda får mindre vård för psykisk ohälsa jämfört med svenskfödda.

Slutsats 5: Det finns troligen en underkonsumtion av vård i vissa kommuner/stadsdelar, till exempel Botkyrka, Södertälje, Rinkeby-Kista och Salem. Den underkonsumtionen beror delvis på att dessa områden har en hög andel utrikesfödda.

Förslag: Forskare på området argumenterar för att hinder för utrikesfödda att få vård skulle kunna överbryggas genom en lokal, lättillgänglig och välfungerande första linjens psykiatri i primärvården (8). Detta är särskilt viktigt i områden där grupper upplever stigma runt psykisk sjukdom och där kunskapen om psykiatrisk vård är begränsad.

Ytterligare en insats skulle kunna vara riktade folkhälsointerventioner som kan bidra till förbättrade kunskaper om att det går att få hjälp vid psykisk ohälsa. Ett exempel som redan finns i Region Stockholm är hälsokommunikatörer som möter grupper av utrikesfödda och på deras modersmål förklarar hur hälso- och sjukvården fungerar. Sådan kunskap om vården kan även förmedlas i kommunala utbildningsinsatser som Vuxenutbildning i svenska för invandare och Föräldraskap i Sverige.

Homo- och bisexuella

En markant högre andel homosexuella och bisexuella rapporterar besvär som tyder på depression eller ångestsyndrom jämfört med heterosexuella. Skillnaden finns i samtliga åldersgrupper hos kvinnor (från 16 år och uppåt) förutom de över 65 år, och i alla åldersgrupper hos män, förutom män 16–24 år.

Slutsats 6: Homo- och bisexuella har en högre självskattad psykisk ohälsa, och borde därmed vara en prioriterad grupp.

Förslag: Ett sätt att minska den psykiska ohälsan för denna grupp är att fortsätta arbeta för att motverka våld och diskriminering. Forskning visar att homosexuella och bisexuella oftare blir utsatta för kränkande behandling och bemötande samt även oftare utsatta för våld (9,10).

Det är också viktigt att höja kompetensen hos personal inom till exempel socialtjänsten och hälso-sjukvården för att de ska förstå de särskilda utmaningar som gruppen möter. Det handlar om ökad utsatthet för våld, diskriminering och kränkningar samt den förhöjda vaksamheten på att bli utsatt för detta, men även om stress kopplad till att bryta mot heteronormer och/eller cisnormer (11).

4 – Vilka indikatorer är lämpliga för uppföljning av den psykiska ohälsan i länet?

För att följa den psykiska ohälsan i länet är det viktigt att undersöka både självskattade psykiska besvär och vårddata. Sådan uppföljning ger en förståelse för hur den psykiska

ohälsan ser ut över tid och i olika befolkningsgrupper. Det möjliggör en bedömning av huruvida vården möter ”rätt” behov, och kan även ge viktig information om ojämlikheter i vården.

Både självskattad hälsa och vårddata har fördelar och begränsningar. Fördelen med att följa den självskattade ohälsan (i en representativ population) är att den är ett direkt mått på befolkningens upplevda hälsa och är relativt jämförbar med andra mätningar över tid. En begränsning med självskattad hälsa som undersöks i representativa urvalsgrupper är att undersökningarna ofta har låg svarsfrekvens.

Vårddata har fördelen att den i princip är heltäckande för befolkningen i länet och att den ger detaljerad information om till exempel diagnoser. Begränsningar med vårddata är att metoder för registrering av diagnoser och vård har förändrats över tid, vilket kan göra det svårare att veta om skillnader över tid beror på att den psykiska hälsan har förändrats eller på att registreringen har förändrats. Tolkningen av vårddata är också känslig för organisatoriska förändringar som kan påverka hur resurserna fördelas.

I fortsatt uppföljning av självskattad psykisk ohälsa rekommenderar vi att man åtminstone ska följa depressiva besvär, oro och ångest enligt till exempel formulären PHQ-2 och GAD-2 (eller ännu bättre de längre formulären PHQ-8 och GAD-7). Ångest och depression utgör de stora diagnosgrupperna i vård för psykisk ohälsa. Det kan även vara viktigt att följa andra psykiska besvär, som besvär kopplade till ADHD (framför allt hos barn och unga vuxna) samt sömnproblem (framför allt hos äldre vuxna).

Vad gäller vård för psykisk ohälsa rekommenderar vi att följa en bred definition av vård ”någon vård för psykisk ohälsa” (alltså både primärvård och specialiserad vård) eftersom valet av vårdnivå skiljer sig mellan åldersgrupper. Till exempel får äldre oftare vård för psykisk ohälsa inom primärvård, medan barn och ungdomar oftare får vård inom den specialiserade psykiatrin. Fördelen med definitionen ”någon vård för psykisk ohälsa” är också att det kan finnas skillnader i hur och vilka diagnoser som ställs beroende på verksamhet eller område.

Vad saknas?

Det hade varit önskvärt att även kunna följa självskattat psykiskt välbefinnande. Ett problem med nuvarande mått på välbefinnande är att de framför allt mäter en aspekt av välbefinnande (emotionellt välbefinnande) som närmast motsvarar motsatsen till depressiva besvär. En utmaning är således att utveckla mätinstrument för välbefinnande som även inkluderar andra aspekter av välbefinnande som psykologisk funktion (till exempel resiliens och copingförmågor) samt funktion i samhället (12).

I Stockholmsenkäten skulle det behövas validerade index som mäter psykiska besvär i en bredare bemärkelse än att enbart titta på enstaka frågor. En brist med Stockholmsenkäten är att den i princip saknar frågor som mäter oro och ångest (de vanligaste psykiska besvären i dessa åldrar), medan den innehåller många frågor som är relaterade till depressiva besvär och kroppsliga symtom kopplade till psykiska besvär (till exempel magont och huvudvärk).

Värdet av självskattade psykiska besvär är svårt att bedöma för barn yngre än 10 år. Däremot är det möjligt att en undersökning liknande Stockholmsenkäten anpassad för barn (till exempel från årskurs 4 till årskurs 9) skulle bidra med viktig information om den psykiska hälsan i denna åldersgrupp. Folkhälsomyndighetens undersökning Skolbarns hälsovanor som genomförs i årskurs 5, 7 och 9 har från och med förra året ökat urvalet så att resultat ska kunna presenteras på regionnivå, men resultat på mindre

geografiska områden kommer inte att vara möjliga. Även undersökningen Skolbarns hälsovanor saknar bra frågor om oro och ångest.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: Stöd för styrning och ledning. 2021.
2. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2017;51:30–47. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735815301409>
3. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatr Clin*. 2009;32(3):483–524.
4. Zimmermann M, Chong AK, Vechiu C, Papa A. Modifiable risk and protective factors for anxiety disorders among adults: A systematic review. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020;285:112705. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/31839417>
5. Vannucci A, Flannery KM, Ohannessian CM. Social media use and anxiety in emerging adults. *J Affect Disord* [Internet]. 2017;207:163–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032716309442>
6. Sveriges Kommuner och Regioner. Maskulinitet och psykisk hälsa. 2018.
7. Folkhälsomyndigheten. Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige. 2019.
8. Bäärnhielm S, Hollander A-C, Dalman C. Psykiatrisk vård måste inkludera mångfaldsfrågor. *Dagens Medicin* [Internet]. 2020 Dec; Available from: <https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/psykiatrisk-var-d-maste-inkludera-mangfaldsfragor/>
9. Walter Söderberg A, Trankell D, Brander G. Psykisk ohälsa och utsatthet bland hbt-personer i Stockholms län. 2020.
10. Folkhälsomyndigheten. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer. 2014.
11. Lundberg T, Malmquist A, Wurm M. HBTQ+: Psykologiska perspektiv and bemötande. *Natur och kultur*; 2017.
12. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry* [Internet]. 2015;14(2):231–3. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/26043341>

Bilagor

Bilaga A. VAL-databasen

Tabell A1. Befolkning (antal) Stockholm län år 2014–2021 uppdelat på ålder och kön. Underlag för figur 1, samt figur 4–17.

Åldersgrupp	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Kvinnor 0–12	176 510	179 059	181 696	184 102	185 859	186 741	185 992	185 118
Kvinnor 13–17	54 699	56 567	58 727	61 451	63 858	66 303	67 863	69 550
Kvinnor 18–24	93 631	91 353	89 633	87 764	86 538	85 220	84 600	85 237
Kvinnor 25–44	325 803	331 503	336 741	342 817	348 084	352 576	353 723	356 059
Kvinnor 45–64	263 233	267 389	272 798	277 936	283 216	288 792	292 550	295 838
Kvinnor 65+	191 564	194 941	197 885	200 960	204 059	207 433	209 587	213 408
Män 0–12	186 883	190 236	192 871	195 077	197 161	198 193	197 063	195 992
Män 13–17	57 779	59 825	62 440	65 590	67 548	70 022	71 993	73 769
Män 18–24	95 795	94 183	93 299	92 659	92 662	91 903	91 057	92 369
Män 25–44	332 257	338 370	345 527	352 610	358 977	364 178	365 593	368 245
Män 45–64	266 351	270 591	276 640	282 547	287 967	293 778	297 724	301 165
Män 65+	153 539	157 422	160 803	164 630	168 195	171 942	174 245	178 389

Tabell A2. Befolkning (antal) 16 år eller äldre i Stockholm läns kommuner och stadsdelar uppdelat på kön år 2021. Underlag för figur 19–20 samt figur 24–27.

Kommun/stadsdel	Kvinnor	Män
Botkyrka	36 602	38 388
Bromma	33 940	31 913
Danderyd	13 361	12 491
Ekerö	11 021	11 228
Enskede-Årsta-Vantör	42 128	41 575
Farsta	25 130	23 854
Haninge	36 924	38 378
Huddinge	44 088	45 108
Hägersten-Älvsjö	51 442	48 683
Hässelby-Vällingby	30 093	30 515
Järfälla	32 739	33 384
Kungsholmen	31 768	29 597
Lidingö	19 839	18 494
Nacka	43 024	41 457
Norrmalm	32 272	30 992
Norrtälje	26 848	27 372
Nykvarn	4 345	4 539
Nynäshamn	11 855	12 172
Rinkeby-Kista	19 648	21 257
Salem	6 780	6 525
Sigtuna	19 232	20 090
Skarpnäck	19 515	17 751
Skärholmen	14 545	14 879
Sollentuna	29 535	29 415
Solna	35 451	35 326
Spånga-Tensta	14 787	15 598
Sundbyberg	21 838	21 920
Södermalm	57 918	53 821
Södertälje	39 624	41 673
Tyresö	19 555	19 166
Täby	29 662	28 843
Upplands Väsby	19 022	18 996
Upplands-Bro	11 811	12 316
Vallentuna	13 297	13 398
Vaxholm	4 902	4 717
Värmdö	18 200	18 324
Östermalm	35 444	33 548
Österåker	18 879	19 275

Tabell A3. Befolkning uppdelat på kön och födelseland. Antal avrundat till närmsta tusental. Underlag för figur 28.

Födelseland	Flickor 0–17 år	Pojkar 0–17 år	Kvinnor 18+ år	Män 18+ år
Född i Sverige	229 000	243 000	653 000	642 000
Utrikes född	25 000	26 000	286 000	285 000

Tabell A4. Befolkning uppdelat på kön, utbildningsnivå och disponibel inkomst. Antal avrundat till närmsta tusental. Underlag för figur 30–31.

Demografisk variabel	Kvinnor	Män
Utbildningsnivå		
Förgymnasial	140 000	145 000
Gymnasial	290 000	336 000
Eftergymnasial	404 000	325 000
Disponibel inkomst		
1:a kvintilen (lägst)	174 000	136 000
2:a kvintilen	174 000	150 000
3:e kvintilen	167 000	165 000
4:e kvintilen	161 000	174 000
5:e kvintilen (högst)	157 000	182 000

Bilaga B. Folkhälsoenkäten Hälsa Stockholm

Tabell B1. Antal svarande i Hälsa Stockholm uppdelat på kön, ålder och sexuell läggning. Underlag för figur 2–3, samt figur 33–34.

Åldersgrupp	Totalt	Kvinnor	Män	Kvinnor hetero	Kvinnor homo, bi	Män hetero	Kvinnor homo, bi
16–24 år	1 854	987	867	730	160	730	58
25–44 år	6 385	3 606	2 779	3 054	277	2 412	145
45–64 år	8 191	4 302	3 889	3 877	109	3 506	119
65+ år	6 642	3 526	3 116	3 038	28	2 733	54

Tabell B2. Antal svarande i Hälsa Stockholm uppdelat på kön och kommun/stadsdel. Underlag för figur 21–22, samt figur 24–27.

Kommun/stadsdel	Kvinnor	Män
Botkyrka	270	245
Bromma	339	293
Danderyd	346	328
Ekerö	340	287
Enskede-Årsta-Vantör	356	283
Farsta	347	285
Haninge	314	276
Huddinge	356	287
Hägersten-Älvsjö	341	310
Hässelby-Vällingby	320	267
Järfälla	306	267
Kungsholmen	361	301
Lidingö	344	269
Nacka	362	277
Norrmalm	354	274
Norrtälje	319	283
Nykvarn	332	246
Nynäshamn	307	268
Rinkeby-Kista	220	204
Salem	285	283
Sigtuna	281	272
Skarpnäck	388	277
Skärholmen	260	246
Sollentuna	340	314
Solna	316	314
Spånga-Tensta	273	252
Sundbyberg	306	272
Södermalm	402	260
Södertälje	280	274
Tyresö	325	299
Täby	366	319
Upplands Väsby	313	293
Upplands-Bro	307	242
Vallentuna	330	323
Vaxholm	366	290
Värmdö	382	280
Östermalm	342	271
Österåker	325	320

Bilaga C. Stockholmsenkäten

Tabell C1. Antal svarande i Stockholmsenkäten år 2014–2020, uppdelat på kön. Underlag för figur 18.

Kön	2014	2016	2018	2020
Flickor	5 701	6 871	5 810	6 312
Pojkar	5 422	6 766	5 853	6 193

Tabell C2. Antal svarande i Stockholmsenkäten 2020, uppdelat på kön och kommun/stadsdel. Underlag för figur 23.

Kommun/stadsdel	Flickor	Pojkar
Botkyrka	586	548
Bromma	504	518
Enskede-Årsta-Vantör	333	375
Farsta	191	211
Hägersten-Älvsjö	319	300
Hässelby-Vällingby	458	418
Järfälla	547	544
Kungsholmen	242	218
Norrmalm	236	190
Rinkeby-Kista	194	191
Skarpnäck	211	187
Skärholmen	181	147
Sollentuna	593	622
Spånga-Tensta	238	278
Södermalm	411	461
Södertälje	612	520
Älvsjö	188	222
Östermalm	268	243

Tabell C3. Antal svarande i Stockholmsenkäten 2020, uppdelat på kön och vistelsetid i Sverige. Underlag för figur 29.

Kön	Vistelsetid i Sverige			
	Mindre än 5 år	5-9 år	10 år eller mer	Hela mitt liv
Pojkar	416	329	522	5 207
Flickor	283	371	532	5 741

Tabell C4. Antal svarande i Stockholmsenkäten 2020, uppdelat på kön och föräldrars utbildningsnivå. Underlag för figur 31.

Kön	Mammas utbildningsnivå			Pappas utbildningsnivå		
	Grundskola	Gymnasium	Högskola/ universitet	Grundskola	Gymnasium	Högskola/ universitet
Pojkar	277	992	3 728	363	1 128	3 288
Flickor	325	1 206	4 367	360	1 350	3 827

ISBN 978-91-87691-98-0



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

REGION STOCKHOLM