Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
REGION STOCKHOLM

Psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självskador och deras bidrag till sjukdomsbördan

Utveckling över tid i Stockholms län

RAPPORT 2021:9

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: Agardh EE, Flodin P, Dalman C, Danielsson AK, Allebeck P. Psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självskador och deras bidrag till sjukdomsbördan. Utveckling över tid i Stockholms län: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2021. Rapport 2021:9.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
Box 45436, 104 31 Stockholm
ces.slso@sll.se

Rapport 2021:9
ISBN 978-91-87691-79-9

Författare: Emilie Agardh , Pär Flodin, Christina Dalman, Anna-Karin Danielsson, Peter Allebeck

Stockholm juni 2021

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

Förord

Denna rapport presenterar de senaste måtten samt utveckling över tid vad gäller sjukdomsbördan av psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självskador i Stockholms län. Sjukdomsbördan beräknas enligt metoder från den globala sjukdomsbördestudien Global Burden of Disease (GBD), genom en sammanvägning av antal sjuka och begränsningar i livskvalitet och förlorade levnadsår på grund av tidig död.

Genom att väga in begränsningar i livskvalitet på grund av sjukdom får man inte bara en uppfattning om antal sjuka utan också om hur sjukdomen påverkar folkhälsan i stort. Måtten är därmed användbara vid prioriteringar i folkhälsoarbetet och används som utgångspunkt för Region Stockholms folkhälsorapport, som ges ut av Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins (CES) vart fjärde år.

I rapporten presenterar vi också en jämförelse av andelen med ångest eller depression (enligt GBD-beräkningar) med andelen vårdade för dessa sjukdomar. Jämförelsen hjälper oss att förstå mer om vårdbehov i relation till vårdkonsumtion, dessutom belyser den fördelar och nackdelar med de olika måtten.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord ... 3
Sammanfattning ... 6
Sjukdomsbördan i Stockholms län enligt GBD ... 6
Jämförelser mellan olika datakällor ... 6
Bakgrund ... 8
Ett av våra stora folkhälsoproblem ... 8
Olika sätt att mäta förekomst av psykisk ohälsa ... 8
Global Burden of Disease (GBD) – ett viktigt bidrag ... 8
Fördelar och nackdelar med olika mätmetoder ... 8
Underlag i GBD ... 9
Val av sjukdomar i rapporten ... 10
Syfte ... 11
Metod ... 12
Global Burden of Disease (GBD) ... 12
Så beräknas sjukdomsbörda ... 12
Tidig död (YLL) ... 12
Förlorade friska år på grund av funktionsförlust (YLD) ... 12
Förekomst och antal fall ... 13
Indelning av sjukdomar, skador och dödsorsaker ... 13
Komorbiditet eller samsjuklighet ... 13
Datakällor i GBD ... 14
Psykiska sjukdomar ... 14
Alkohol och narkotikaberoende ... 14
Självskador och självmord ... 14
Analys av GBD-data ... 14
Administrativa vårddatabaser och enkätdata ... 15
Resultat ... 16
Översikt psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självskador ... 16
Sjukdomsbörda i olika sjukdomsgrupper ... 16
Fördelning av diagnoser ... 18
Detaljerad redovisning av diagnoser ... 18
Psykiska sjukdomar ... 18
Beroendetillstånd ... 27
Självskador och självmord ... 31
Diskussion ... 33
Utveckling av den psykiska ohälsan över tid ... 33
Vad tillför en redovisning av sjukdomsbörda? ... 33

Metodologiska aspekter 35
Datakällor och analysmetoder 35
Utvecklingsområde 35
Slutsats 37
Referenser 38
Bilagor 40
Bilaga 1. Funktionsförlustvikter 40
Bilaga 2. Indelning av sjukdomar, skador och dödsorsaker enligt GBD 45
Bilaga 3. Datakällor som ligger till grund för skattningarna 47
Bilaga 4. Indelning av depression och ångest i VAL-databaserna 55

Sammanfattning

I den här rapporten använder vi de senaste resultaten från den globala sjukdomsbördestudien Global Burden of Disease (GBD) 2019, för att beskriva sjukdomsbördan, det vill säga effekter, av psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självskador i Stockholms län och utvecklingen över tid. För att sätta resultaten i ett sammanhang redovisar vi också data över vårdkonsumtion för depression och ångest (fr. VAL-databasen) och förekomst av psykisk ohälsa från Region Stockholms folkhälsoenkät, i Stockholms län. Syftet är att visa hur trender över tid kan skilja sig åt mellan olika mätmetoder, och hur användning av flera metoder kan ge en mer fullständig bild av sjukdomar ur ett folkhälsoperspektiv och ge ökad förståelse för vårdsökande och vårdbehov.

Sjukdomsbördan i Stockholms län enligt GBD

Psykiska sjukdomar står för 9,9 procent av den totala sjukdomsbördan bland kvinnor och 7,6 procent bland män, beroendetillstånd för 5,0 procent bland män och 2,0 procent bland kvinnor och självskador och våld för 3,3 procent bland män och 1,5 procent bland kvinnor i Stockholms län, enligt GBD. Sjukdomsbördan orsakad av alkoholberoende har minskat sedan 1990, men bördan orsakad av narkotikaberoende har ökat, framför allt hos män. Tidig död på grund av självmord har minskat både bland män och kvinnor sedan 1990.

Tillsammans bidrar psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självskador till en betydande andel av den totala sjukdomsbördan i länet. Bland kvinnor kommer psykiska sjukdomar på en andra plats efter cancersjukdomar och bland män på en tredje plats efter cancersjukdomar och hjärt-kärlsjukdom. Ur ett folkhälsoperspektiv betyder det att dessa tillstånd måste ha fortsatt hög prioritet i evidensbaserade insatser på alla nivåer i samhället och att forskningen inom området måste stärkas ytterligare.

Till skillnad från andelen vårdade för diagnostiserad depression och ångest, som har ökat, har sjukdomsbördan orsakad av depression och ångest varit relativt oförändrad sedan 1990, både bland män och kvinnor. Antal fall av depression är, enligt GBD:s metoder, högre än antal vårdade över tid bland män och kvinnor. Däremot är antal fall av ångest lägre än antal vårdade under senare år, framför allt hos kvinnor.

Jämförelser mellan olika datakällor

Skillnaderna mellan trender i vårdkonsumtion för depression och ångest och beräkningarna i GBD kan tolkas på olika sätt. Högre antal fall av depression enligt GBD, kan tyda på att data från vårddatabaserna har underskattat förekomsten av depression på grund av att personer med depression inte har sökt vård eller att de har fått andra diagnoser. Detta gäller även för ångest under den första delen av observationsperioden. Å andra sidan är det möjligt att GBD har underskattat sjukdomsbördan, framför allt vad gäller ångest hos kvinnor, eftersom underlaget av högkvalitativa studier är mycket begränsat och detta tillstånd ökat kraftigt i vården under senare år. För att närma sig sanningen om huruvida det finns tecken på att vårdkonsumtionen och vårdbehoven inte går i takt, kommer uppdateringen av den högkvalitativa populationsbaserade PART-studien, om bland annat ångest i Stockholms län, vara av stor betydelse.

Redovisning av information från olika typer av källor och metoder ger en mer fullständig bild av folkhälsoproblem men också ledtrådar om ökningen av vårdsökande har stigit mer än vad stipulerade vårdbehov har. För depression ser vi inte tydligt sådana tecken, medan mer forskning behövs för att klargöra förhållandena för ångest.

Bakgrund

Ett av våra stora folkhälsoproblem

Psykisk ohälsa har kommit att bli ett av våra stora folkhälsoproblem, och enligt flera rapporter har förekomsten i Sverige ökat påtagligt de senaste tio åren (1–4). Begreppet psykisk ohälsa innefattar både psykiska sjukdomar och mildare psykiska besvär, såsom ängslan, oro och nedstämdhet. Mycket av det som bidrar till ”ohälsotalet” i Försäkringskassans statistik är stressrelaterade symtom, depression och utmattningssyndrom, och leder ofta till lång sjukfrånvaro (7). Det avspeglas bland annat i att psykisk ohälsa står för den största andelen sjukskrivningsdagar i landet, enligt Försäkringskassans statistik (5–6).

Olika sätt att mäta förekomst av psykisk ohälsa

Global Burden of Disease (GBD) – ett viktigt bidrag

Det finns flera sätt att mäta förekomst av sjukdomar i befolkningen, alla med sina för- och nackdelar. Ett viktigt bidrag är det så kallade DALY-måttet (Disability Adjusted Life Years) som utvecklats inom ramen för den globala sjukdomsbördestudien Global Burden of Disease (GBD) (9). DALY översätts till funktionsjusterade levnadsår, och är summan av förlorade levnadsår på grund av tidig död (YLL, Years of Life Lost) och funktionsförlust på grund av sjukdom eller skada (YLD, Years Lost due to Disability).

Förutom att beskriva förekomsten av olika sjukdomar i befolkningen är också den skattade funktionsnivån central i YLD. Medan vissa sjukdomar kan vara relativt vanligt förekommande men ha mindre allvarliga konsekvenser, kan andra sjukdomar vara relativt ovanliga men förenade med stor funktionsförlust eller hög grad av lidande. Exempelvis är spänningshuvudvärk en mycket vanligare diagnos än schizofreni, men eftersom spänningshuvudvärk medför lägre funktionsförlust än schizofreni innebär det också att spänningshuvudvärk tillskrivs lägre YLD.

Redan på 90-talet när DALY-måttet började användas i GBD-studien, innebar det att psykiska sjukdomar synliggjordes på ett helt annat sätt än tidigare. Anledning var att psykiska sjukdomar tidigare inte hade kvantifierats i kombination med funktionsnivå, och inte heller kvantifierats lika tydligt som till exempel hjärt-kärlsjukdom och cancer som är starkt associerade med död (10, 11). GBD har sedan dess kommit att bli ett etablerat system för att med DALY mäta och jämföra hur mycket olika sjukdomar bidrar till sjukdomsbördan i alla världens länder och även på regional nivå. Beräkningarna uppdateras årligen, och i den senaste uppdateringen från 2019 ingår 369 sjukdomar, skador och dödsorsaker (9).

I Sverige deltar Stockholms län som en egen region i GBD. En viktig fördel är att standardiserade metoder används, vilket möjliggör jämförelser av olika sjukdomar både inom och mellan länder och regioner över tid. De resultat som redovisas för Stockholms län kan därmed jämföras med övriga Sverige såväl som med andra länder och regioner.

Fördelar och nackdelar med olika mätmetoder

Beskrivningar om förekomsten och trender av psykisk ohälsa kan i huvudsak delas in i tre typer av information. Två av dessa är följande:

1) Diagnostiserade psykiska sjukdomar som identifieras genom administrativa vårddatabaser eller Försäkringskassans statistik. (Metod 1)

En ofta använd databas är Nationella patientregistret (NPR), som inte inkluderar primärvård. Depression och ångest behandlas ofta i primärvården, och inkluderas således ofullständigt i denna typ av patientstatistik. I Region Stockholms Folkhälsorapport 2019 beskrivs förekomsten av ångest och depression utifrån VAL-databasen, som täcker både primärvård och specialiserad vård.

2) Psykiska besvär som identifieras i enkät och surveyundersökningar. (Metod 2)

Både Folkhälsomyndighetens årliga rapport och löpande rapportering har indikatorn ”nedsatt psykiskt välbefinnande”, som mäts genom självskattningsskalan General Health Questionnaire (GHQ). Även Region Stockholms Folkhälsorapport 2019 samt Folkhälsomyndighetens och Sveriges Kommuner och Regioners (SKR:s) rapportering ”Öppna jämförelser” använder samma mått på nedsatt psykiskt välbefinnande. Indikatorn korrelerar med förekomst av depression och ångest men behöver kompletteras med en klinisk bedömning för att fastslå ett psykiatriskt tillstånd. Dessutom har enkätundersökningar stora selektiva bortfall, ofta uppemot 65 procent, vilket medför att det blir svårt att generalisera resultaten.

De två ovan nämnda informationskällorna kan inte användas för att skatta den verkliga förekomsten av psykiska sjukdomar i befolkningen eller dess konsekvenser i form av nedsatt funktionsnivå. Metod 1 ger information om diagnostiserade tillstånd i vården. Eftersom många som har psykiska sjukdomar inte söker vård medför detta sannolikt en underskattning av den verkliga förekomsten i befolkningen. Internationella studier har till exempel visat att endast cirka 60 procent med en klinisk relevant depression söker vård (24). Metod 2 ger kunskap om nedsatt psykiskt välbefinnande men som inte direkt motsvarar psykiska sjukdomar eller sjuklighet.

För kunskap om den verkliga förekomsten av psykiska sjukdomar i befolkningen krävs således en annan typ av studier, där man utgår från representativa urval av befolkningen. Den tredje typen av information är följande:

3) Enkäter och standardiserade intervjuer riktade till representativa urval av befolkningen. (Metod 3)

Med hjälp av enkäter och standardiserade intervjuer riktade till representativa urval av befolkningen tar man reda på förekomsten av psykiska sjukdomar utifrån internationell överenskomna klassificeringar av sjukdomar och relaterade hälsoproblem, *International Classification of Diseases* (ICD), utvecklad av Världshälsoorganisationen (WHO) liksom Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) som är utarbetad av American Psychiatric Association. Sådana kliniska studier görs framför allt i forskningssyfte, de är resurskrävande och kan normalt inte upprepas regelbundet. Ett exempel på en sådan studie är PART-studien i Stockholms län (22).

Underlag i GBD

De underlag som för närvarande används i GBD utgår framför allt från resultat från olika forskningsstudier över psykiska sjukdomar i befolkningen (9). En viktig princip inom GBD är att systematiskt samla in och använda alla väl genomförda forskningsstudier och register i världen, som vägs samman för att mäta förekomsten av sjukdomar i befolkningen. För att få ingå i beräkningarna behöver data ha

- publicerats från 1980 eller senare

- kliniska fall utifrån ICD eller DSM
- tillräcklig information om metod och material för att kunna avgöra studiens kvalitet
- en studiepopulation som är representativ för befolkningen.

Eftersom sjukvårdsstatistik generellt anses underskatta den verkliga förekomsten av psykiska sjukdomar i befolkningen har inte de administrativa vårddatabaserna (t.ex. NPR, VAL-databasen eller Försäkringskassans register), det vill säga metod 1, använts i GBD.

Val av sjukdomar i rapporten

Mot bakgrund av dessa olika sätt att beskriva förekomsten av psykisk ohälsa har vi i denna rapport velat redogöra för de psykiska sjukdomarnas bidrag till sjukdomsbördan i Stockholms län och trender över tid med hjälp av DALY-måttet utifrån den senaste uppdateringen av GBD-studien (GBD 2019). För att sätta resultaten i ett sammanhang redovisar vi också förekomst och trender av psykisk ohälsa baserad på måtten som beskrivs i metod 1 (med data från VAL-databasen i Region Stockholm) och metod 2 (med enkätdata från Region Stockholms folkhälsoenkät).

I tillägg till de diagnoskategorier som ingår bland psykiska sjukdomar enligt WHO:s ICD, har vi valt att också redovisa beroendetillstånd och självskador, främst fullbordade självmord. Självskador ingår även i GBD under kapitlet skador. Eftersom psykiska sjukdomar, exempelvis depression, är en riskfaktor för självmord (12) har vi också tagit med självskador och självmord i analyserna för att ge en mer heltäckande bild av sjukdomsbördan som är relaterad till psykiska sjukdomar. Vi redovisar också beroendetillstånd separat, då de bildar en egen kategori i GBD:s indelning av sjukdomstillstånd, och då de även i regelverk och praxis ofta hanteras enligt andra rutiner än övriga psykiska sjukdomar.

Syfte

Den här rapporten har två syften:

1. Att beskriva hur psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självskador bidrar till sjukdomsbördan i Stockholms län och trender över tid genom att använda de senast uppdaterade resultaten från GBD 2019.

2. Att sätta GBD-resultaten i ett sammanhang genom att redovisa trender och mått på förekomst av psykisk ohälsa från sjukvårdsstatistik och självrapporterade hälsodata som tidigare rapporterats i Region Stockholms Folkhälsorapport 2019.

I rapporten diskuterar vi hur användning av olika metoder kan ge en mer fullständig bild av sjukdomar ur ett folkhälsoperspektiv och ge ökad förståelse för vårdsökande och vårdbehov.

Metod

Global Burden of Disease (GBD)

I Global Burden of Disease (GBD) 2019 finns detaljerad information om antal sjukdomsfall, dödsfall, prevalens, incidens, dödlighet, YLL, YLD och DALY för alla 369 sjukdomar och skador för män och kvinnor i olika åldersgrupper från och med år 1990 för alla världens länder och även på regional nivå (9). Varje diagnos ingår i ett omfattande standardiserat och jämförbart system där varje sjukdom sätts i relation till alla andra sjukdomar.

Så beräknas sjukdomsbörda

I GBD beräknas olika sjukdomar och skadors bidrag till ett lands, eller en regions, sjukdomsbörda.

Måttet YLL mäter den tid i år man förlorar genom tidig död och YLD mäter antal år som man förlorar på grund av tid man lever med sjukdom. När YLD beräknas är inte bara förekomsten av sjukdom central, utan också funktionsnivån. DALY är summan av YLL och YLD, och en DALY motsvarar ett förlorat friskt levnadsår.

Tidig död (YLL)

YLL beräknas genom att multiplicera antal döda för en viss dödsorsak med den förväntade livslängden vid den tidpunkt då döden inträffar. Den förväntade livslängden är lika för alla länder och bygger på den högsta levnadslängden i världen för en given ålder. Man utgår således från den tid i år som man förlorar under en optimal livslängd.

Beräkningar av tidig död (YLL) görs i dagsläget inte för psykiska sjukdomar, med undantag för ätstörningar. Detta är en diskussion som har förts under en lång tid (13) och som nyligen har lyfts av olika forskare som medverkar i GBD (14). Det är till exempel väl känt att deprimerade personer har en kortare livslängd på grund av ökad sjuklighet i andra sjukdomar (15, 16) och att depression är en riskfaktor för självmord (12), men detta har ännu inte beaktats i GBD-studien.

I de globala beräkningarna uttrycks orsakssambandet mellan en riskfaktor och en viss specifik sjukdom i form av relativa risker (17) och hittills har man inte analyserat sjukdomar som riskfaktorer i någon högre utsträckning inom studien. För att ge en mer fullständig bild har vi därför i denna rapport inkluderat självskador, där självmord bidrar till den absolut övervägande delen av DALY-måttet, det vill säga YLL.

Förlorade friska år på grund av funktionsförlust (YLD)

YLD beräknas genom att man multiplicerar antal fall av en diagnos med funktionsnivån, en så kallad funktionsförlustvikt (på engelska disability weight, DW). Funktionsförlustvikten bygger på att man viktat svårighetsgraden för olika tillstånd på en skala från 0 (fullt frisk) till 1 (motsvarande död). Det finns till exempel vikter för mild, måttlig och allvarlig depression. De olika allvarlighetsgraderna av funktionsförlust vägs sedan samman till ett medelvärde för depression som helhet, som sedan multipliceras med antal fall vid beräkning av YLD. YLD beaktar således både hur vanlig en sjukdom är i befolkningen och det lidande en sjukdom anses utgöra.

Funktionsförlustvikterna har tagits fram av expertpaneler och genom enkäter och intervjuer med olika befolkningsgrupper i olika länder i världen (18, 19). De är särskilt

betydelsefulla för psykiska sjukdomar och beroendetillstånd eftersom de generellt sett är högre än för andra tillstånd. Till exempel är funktionsförlustvikten för allvarlig egentlig depression 0,658 (0,477–0,807) (se bilaga 1) jämfört med måttlig ländryggssmärta som har en vikt på 0,054 (0,035–0,079). Nivån på funktionsförlusten förklarar också varför exempelvis ångest, som är en vanligare diagnos än depression men som medför lägre funktionsförlust, också tillskrivs lägre YLD än depression.

Förekomst och antal fall

GBD redovisar också antal fall av varje sjukdom och förekomsten (prevalensen) av varje sjukdom, relativt alla andra sjukdomsfall, på årlig basis. Detta innebär att antal fall av en diagnos delas med alla andra sjukdomsfall, och inte med populationen.

Indelning av sjukdomar, skador och dödsorsaker

De sjukdomar, skador och dödsorsaker som är med i GBD finns redovisade på sex olika nivåer (9). Indelningen och de standardiserade metoder som används i GBD innebär att man kan få en samlad bild av den totala sjukdomsbördan men också göra jämförelser uppdelat på olika nivåer, och att det går att rangordna och jämföra utifrån vald nivå. Respektive nivå redovisar följande:

- Nivå 1: Sjukdomsbördan för
  - icke-smittsamma sjukdomar,
  - smittsamma, mödra-, neonatala och näringsrelaterade sjukdomar
  - skador.
- Nivå 2: Sjukdomsgrupper som till exempel psykiska sjukdomar och beroendetillstånd.
- Nivå 3: Depressiva tillstånd eller narkotikaberoende respektive alkoholberoende.
- Nivå 4: Egentlig depression och dystymi, respektive cannabisberoende och opiatberoende.
- Nivå 5 och 6: Direkta konsekvenser av sjukdomar och skador. Till exempel blindhet på grund av diabetes eller långsiktiga konsekvenser av hjärnhinneinflammation.

Indelningen av sjukdomar och dödsorsaker följer i stort WHO:s senaste revision av klassificeringssystemet, ICD-10. En förteckning över psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självskador samt motsvarande ICD-10-koder och den äldre versionen (ICD-9) finns i bilaga 2. Eventuella felklassificeringar av landspecifika dödsorsaksdata, så kallade ”skräpkoder” har sorterats och omfördelats till olika dödsorsaker utifrån särskilda metoder (9). En ”skräpkod” är en sjukdom som inte kan utgöra en dödsorsak, till exempel ålderssvaghet, eller sjukdomskoder som inte är tillräckligt specifika, till exempel odefinierad drogrelaterad död.

Komorbiditet eller samsjuklighet

Många människor lider av flera diagnoser samtidigt, så kallad komorbiditet eller samsjuklighet. Det är till exempel känt att personer som lider av depression också samtidigt kan lida av ätstörningar eller substansberoende (28). I GBD tar man hänsyn till detta genom att beräkna en kombinerad funktionsförlustvikt för varje diagnos som är

associerad med två funktionsförlustvikter. Det viktade medelvärdet av varje funktionsförlustvikt används sedan för att justera för samsjuklighet vid beräkning av YLD för varje enskild sjukdom.

Datakällor i GBD

En princip inom sjukdomsbördestudien är att använda all tillgänglig data av tillräckligt god kvalitet. Datakällorna som ligger till grund för skattningarna av psykiska sjukdomar i GBD bygger på faktagranskade vetenskapliga studier som har tagits fram genom systematiska litteratursökningar (i databaserna PsychInfo, Embase och PubMed), grå litteratur, och expertkonsultation. Se introduktion för urvalskriterier, och bilaga 3 för de datakällor som ligger till grund för skattningarna.

Psykiska sjukdomar

För psykiska sjukdomar är inte de administrativa vårddatabaserna (t.ex. nationella patientregistret, NPR eller VAL-databasen), enligt metod 1, inkluderade i GBD. Anledningen är att denna typ av patientstatistik inte anses fånga förekomsten i befolkningen på ett adekvat sätt, och att det dessutom är vissa grupper som i lägre grad söker vård än andra vilket kan ge en skev bild. Enligt metod 2 ingår inte heller de enkätundersökningar där diagnoser enligt ICD och DSM inte framgår. Eftersom man i dagsläget inte beräknar YLL för de psykiska sjukdomarna, med undantag för ätstörningar, så har inte heller dödsorsaksregistret använts (se bilaga 3).

Alkohol och narkotikaberoende

För alkohol- och narkotikaberoende ligger faktagranskade vetenskapliga studier, grå litteratur och expertkonsultation till grund för analyserna och samma kriterier som för ovan gäller för att få ingå i analysen. För alkohol- och narkotikaberoende används också dödsorsaksregistret (se bilaga 3).

Självskador och självmord

Även för självskador och självmord används faktagranskade vetenskapliga studier, grå litteratur och expertkonsultation till grund för analyserna enligt ovan kriterier. För självskador och självmord används också patientregistret, dödsorsaksregistret, frågeundersökningar och statisk som har rapporterats in från Folkhälsomyndigheten (se bilaga 3).

Analys av GBD-data

Data analyseras i ett statistiskt verktyg som kallas DisMod-MR 2.1 (Disease Modeling-Metaregression) (9). Med detta verktyg kan man modellera olika data för insjuknande, förekomst av sjukdom, sjukdomars varaktighet och tid till tillfrisknade samt väga samman flera datakällor till ett medelvärde. Man kan även predicera värden för sjukdomar uppdelat på kön, ålder och år från närliggande länder när dataunderlaget är bristfälligt. I bilaga 3 redovisar vi endast de svenska kliniska studierna som använts som underlag, och inte studier från andra länder som också kan ligga till grund för våra skattningar.

För att ta hänsyn till den osäkerhet i beräkningarna som kan förekomma när dataunderlaget varit begränsat, beräknas osäkerhetsintervall. Det är ett intervall som med sannolikhet inkluderar den korrekta siffran. Ett smalt intervall indikerar hög precision på skattningarna, och ett bredare intervall indikerar lägre precision. YLD-skattningarna som bygger på viss osäkerhet dels från funktionsförlustvikten, dels från

den vetenskapliga litteraturen är mer osäkra. Däremot är dödlighetsskattningarna som bygger på dödsorsaksregistret relativt precisa, i alla fall under senare år.

Administrativa vårddatabaser och enkätdata

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) ger vart fjärde år ut Region Stockholms folkhälsorapport. I Folkhälsorapport 2019 är förekomsten av diagnostiserad depression och ångest baserad på statistik från VAL-databasen (3). VAL-databasen täcker både primärvård och specialiserad vård och har acceptabel kvalitet från och med år 2006. För att mäta förekomsten av psykisk ohälsa i befolkningen användes mätinstrumentet General Health Questionnaire 12 (3). GHQ-12 är ett självskattningsformulär med tolv frågor om psykisk ohälsa och används inte för att ställa diagnos. I Folkhälsorapport 2019 bedömdes tre eller fler besvär enligt GHQ-12 innebära nedsatt psykisk hälsa. GHQ-12-data hämtades från folkhälsoenkäten i Region Stockholm.

I Folkhälsorapport 2019 redovisas andel vårdade för depression och ångest tillsammans, och i den här rapporten har vi valt att redovisa depression och ångest separat, men utifrån samma ICD-koder som används i folkhälsorapporten. Indelningen av ICD-koder följer i stort sett GBD:s indelning av ICD, med några undantag. En förteckning över ICD-koderna för depression och ångest återfinns i bilaga 4.

För att sätta informationen om sjukdomsbörda, i den här rapporten, i relation till tidigare information från CES, presenterar vi andelen vårdade för depression och ångest under åren 2006–2018 utifrån VAL-databasen och andel med psykisk ohälsa utifrån Folkhälsoenkäten 2006–2018 (3). Trender i förekomst och antal fall jämförs också med GBD. I den jämförelsen har vi exkluderat kod F43.8A (utmattningssyndrom) från VAL-data, eftersom detta är en kod som endast finns i Sverige och har inkluderats i Folkhälsorapport 2019.

Resultat

I den här rapporten redovisar vi i huvudsak DALY, YLL och YLD per 100 000 invånare bland män och kvinnor i Stockholms län, där hänsyn tagits till förändringar i åldersstruktur över tid (åldersstandardisering). DALY redovisas också i absoluta tal. Det innebär att inga justeringar har gjorts för förändringar i befolknings- eller åldersstrukturer. Detta är intressant eftersom Stockholm är en dynamisk region som har haft en kraftig befolkningsökning sedan 1990 (20). Vi redovisar också DALY per 100 000 invånare för att illustrera åldersfördelningen i olika diagnosgrupper.

Vi ger en översikt av samtliga sjukdomsgrupper och presenterar sedan mer detaljerat resultaten över de psykiska diagnoser som orsakar mest sjukdomsbörda i Stockholms län, det vill säga depression, ångest, och drog- och alkoholberoende samt självskador och självmord. Vi presenterar också antal fall och andel med depression och ångest i GBD och i VAL-databasen.

Översikt psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självskador

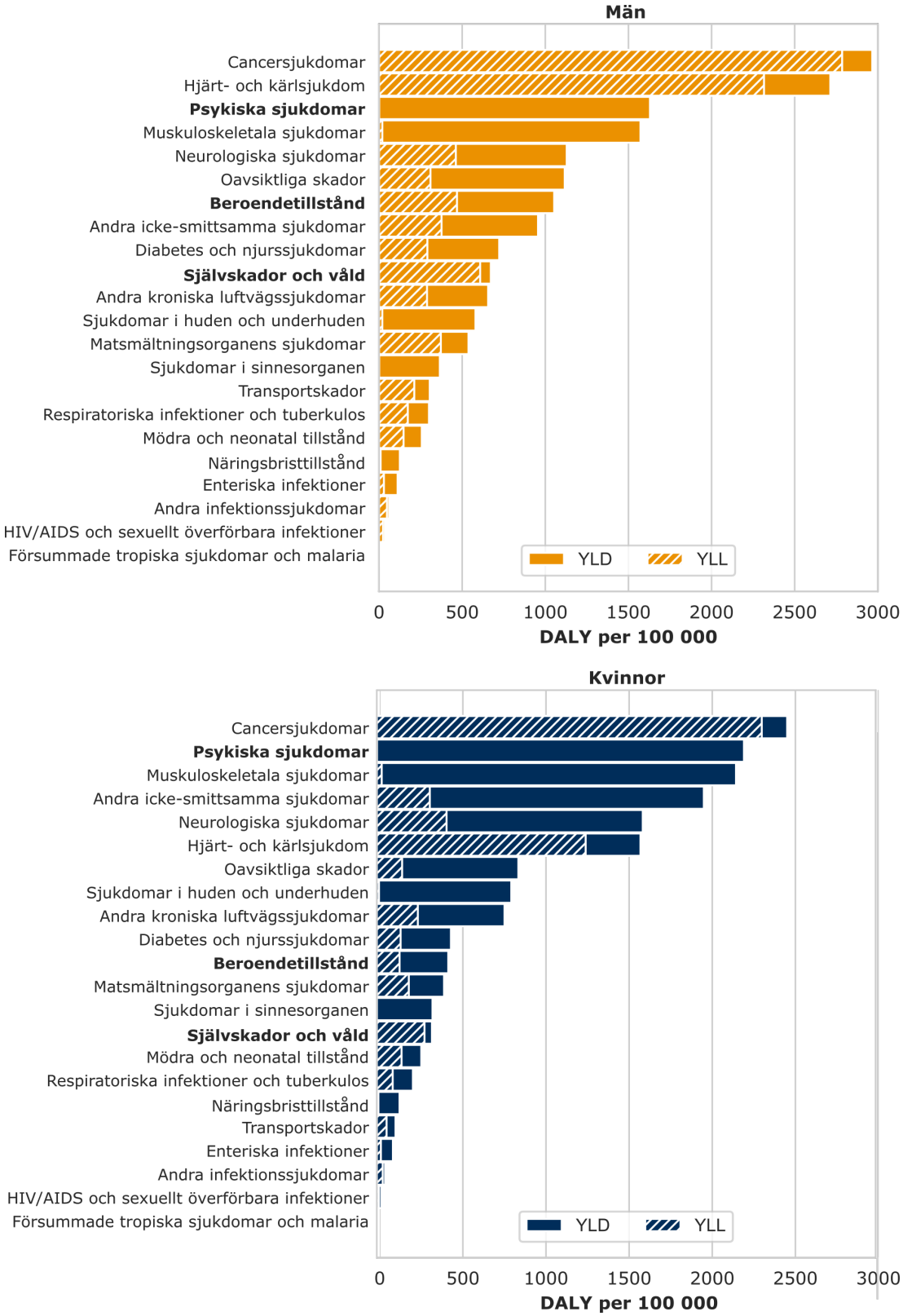
I detta avsnitt redovisar vi översiktligt hur stor sjukdomsbörda som orsakas av psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självskador i jämförelse med andra sjukdomsgrupper bland män och kvinnor i Stockholms län år 2019. Vi jämför också fördelningen av olika diagnoser inom sjukdomsgrupperna psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självskador.

Sjukdomsbörda i olika sjukdomsgrupper

Figur 1 visar hur mycket olika sjukdomsgrupper bidrog till sjukdomsbördan (DALY, uppdelat på YLD och YLL) i Stockholms län 2019. För män kommer psykiska sjukdomar på tredje plats efter cancer- och hjärt-kärlsjukdomar, och för kvinnor på en andra plats efter cancersjukdomar. Bland män kommer beroendetillstånd på en sjunde plats och självskador och våld på tionde plats, medan för kvinnor kommer de på en elfte respektive fjortonde plats. I rapporten belyser vi inte våld, men på denna nivå redovisas självskador och våld tillsammans. Självskador står för majoriteten av bördan.

Psykiska sjukdomar står alltså för en högre andel av den totala sjukdomsbördan bland kvinnor (9,9 procent) än män (7,6 procent). Däremot har män i stället en högre andel av både beroendetillstånd (5,0 procent) jämfört med kvinnor (2,0 procent) såväl som självskador och våld (3,3 procent bland män, 1,5 procent bland kvinnor).

För psykiska sjukdomar utgörs bördan nästan uteslutande av YLD, eftersom enbart underkategorin ätstörningar bidrar med YLL (se Metod, s. 15). För självskador å andra sidan, utgörs bördan nästan uteslutande av YLL, det vill säga självmord. För beroendetillstånd är fördelningen mellan YLL och YLD relativt lika.

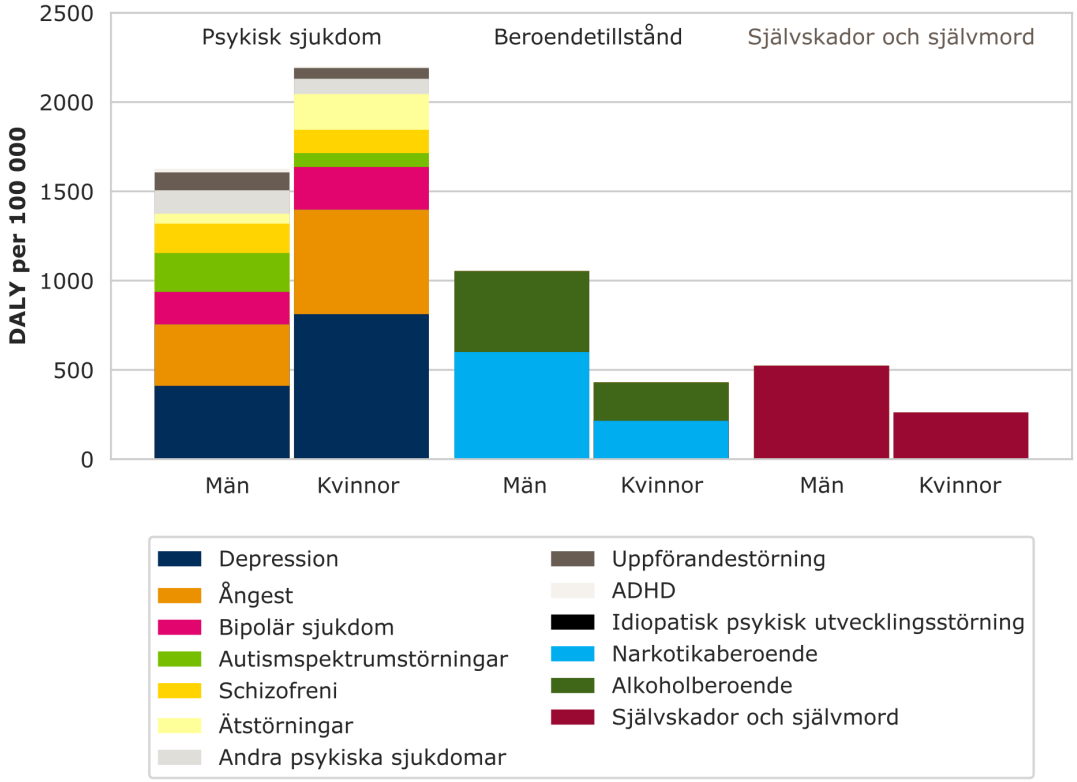


Figur 1. Ålderstandardiserade DALY, per 100 000 män respektive kvinnor, uppdelat på YLL och YLD för olika sjukdomsgrupper, i Stockholms län år 2019.

Fördelning av diagnoser

Figur 2 visar fördelningen av olika diagnoser inom sjukdomsgrupperna psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självskador i Stockholms län bland män och kvinnor 2019.

Bland kvinnor orsakar depression och ångest mest sjukdomsbörda, bland män är det alkohol- och narkotikaberoende samt självskador och självmord som gör det.



Figur 2. Åldersstandardiserade DALY, per 100 000 män respektive kvinnor, för olika diagnoser inom sjukdomsgrupperna psykiska sjukdomar, beroendetillstånd samt självskador och självmord, i Stockholms län år 2019.

Detaljerad redovisning av diagnoser

I detta avsnitt presenterar vi DALY, YLD och YLL för depression, ångest, alkohol- och narkotikaberoende samt självskador och självmord för män och kvinnor 2019, deras bidrag till den totala sjukdomsbördan, utveckling över tid och uppdelat på åldersgrupper i Stockholms län. Vi redovisar också utveckling över tid av andelen vårdade för depression och ångest.

Psykiska sjukdomar

Depression

I depression ingår både egentlig depression och dystymi (se bilaga 1 och bilaga 2 för beskrivning och ICD).

Tabell 1 visar att depression orsakar 2,0 procent av den totala sjukdomsbördan (DALY) bland män och 3,8 procent bland kvinnor i Stockholms län 2019, samt 4,4 procent av mäns, respektive 6,6 procent av kvinnors totala YLD-börda.

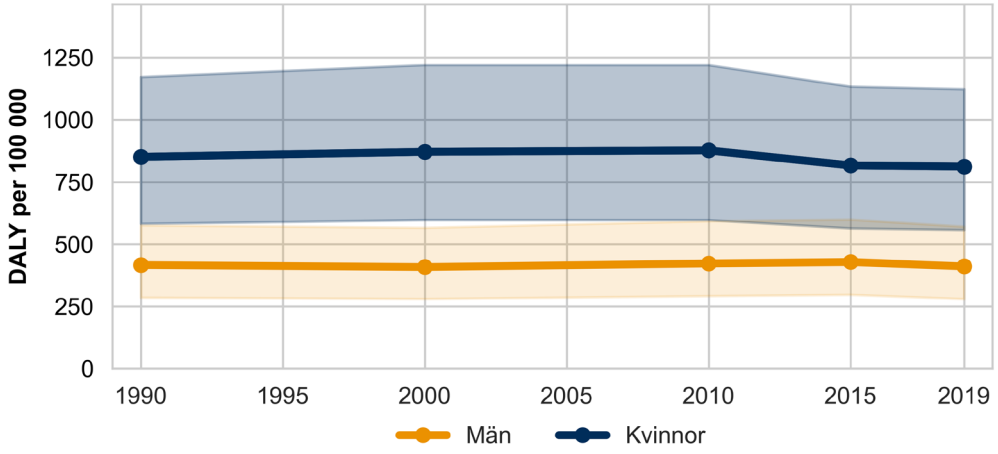
Tabell 1. Ålderstandardiserade DALY, YLD och YLL per 100 000 män respektive kvinnor, (95 procent osäkerhetsintervall) för depression och andel av den totala sjukdomsbördan som orsakas av depression, i Region Stockholm år 2019.

	Män			**Kvinnor**		
	DALY	YLD	YLL	DALY	YLD	YLL
Sjukdomsbörda depression	411 (280–570)	411 (280–570)	0	812 (557–1123)	812 (557–1123)	0
Andel (%) av den totala sjukdomsbördan	2,0 % (1,5–2,7)	4,4 % (3,6–5,6)	0	3,8 % (2,9–4,9)	6,6 % (5,2–8,2)	0

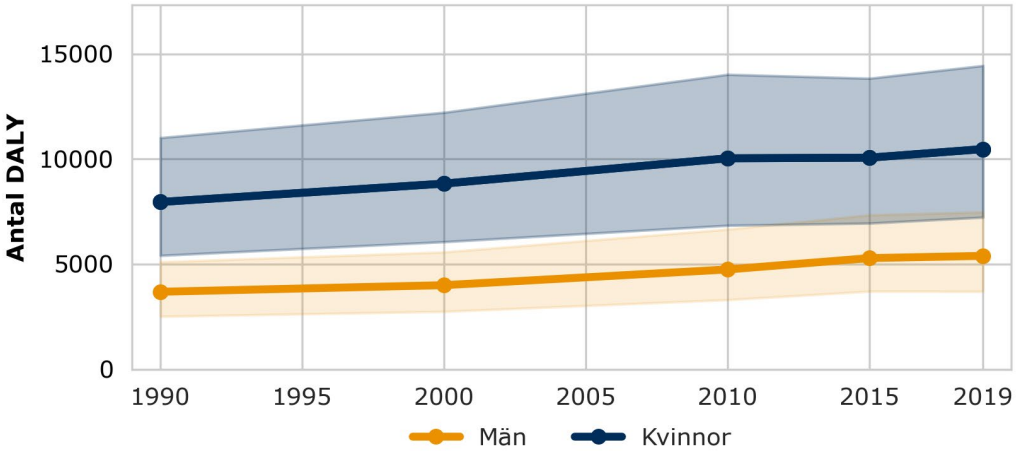
Källa: The Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, USA.

Figur 3 visar att sjukdomsbördan som orsakas av depression har legat relativt konstant sedan 1990 för både män och kvinnor. Kvinnor har under hela perioden haft en nära dubbelt så hög börda som män.

Däremot har den absoluta sjukdomsbördan som orsakas av depression ökat med 46,4 procent för män och 31,6 procent för kvinnor sedan 1990 (se figur 4). Detta innebär att sjukdomsbördan som orsakas av depression har ökat ungefär i takt med befolkningsökningen i Stockholms län.

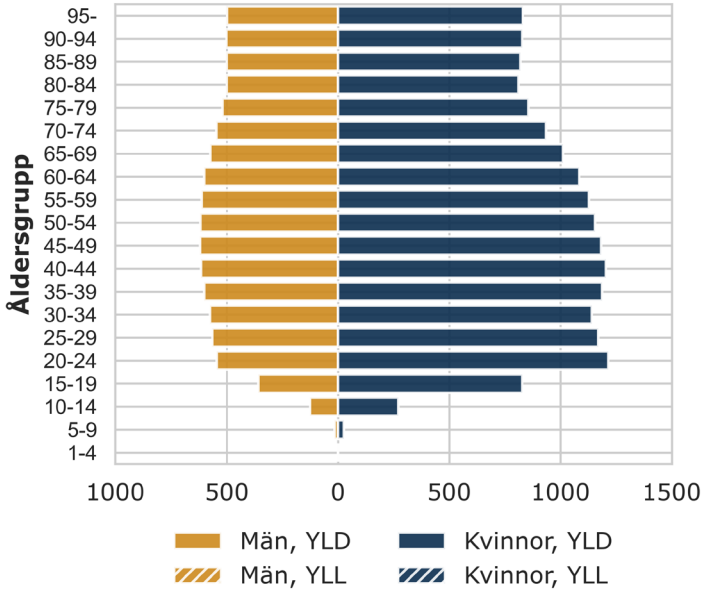


Figur 3. Åldersstandardiserade DALY, per 100 000 män respektive kvinnor, (95 % osäkerhetsintervall) för depression över tid Stockholms län (dvs. relativa tal).



Figur 4. Antal DALY (95 % osäkerhetsintervall) för depression, bland män och kvinnor över tid, i Stockholms län (dvs. absoluta tal).

Figur 5 illustrerar hur depression fördelar sig i olika åldersgrupper bland män och kvinnor 2019. Funktionsförlustvikten är samma för alla åldersgrupper och åldersfördelningen speglar därför förekomsten av depression i olika åldersgrupper. Kvinnor och män i yrkesför ålder har högst börda. Kvinnor har en nära dubbelt så hög börda som män.

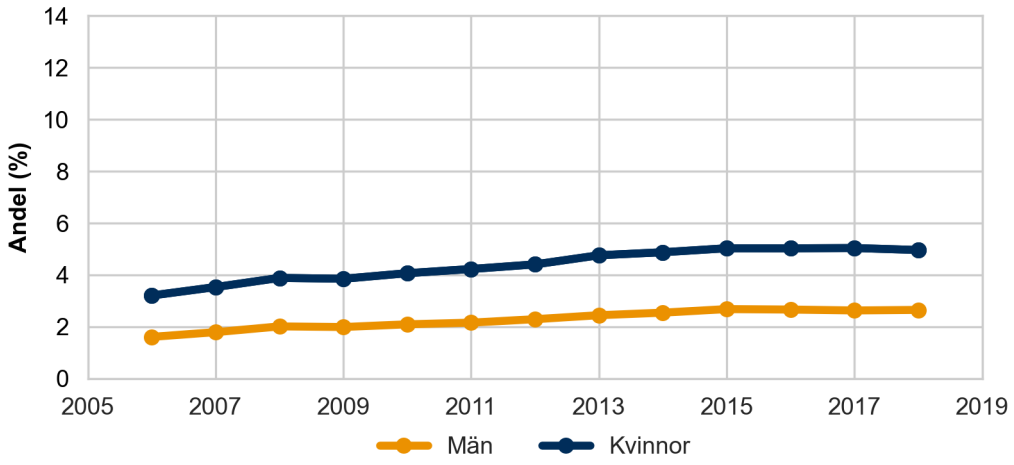


Figur 5. DALY, per 100 000 män respektive kvinnor, uppdelat på YLL och YLD, för depression i olika åldersgrupper, i Stockholms län 2019.

Andel vårdade med diagnosen depression

Medan sjukdomsbördan som orsakas av depression har legat relativt konstant över tid, när hänsyn har tagits till befolkningsökningen (se figur 3), så har andelen personer som vårdats för depression i åldrarna 18 år och äldre, ökat bland män: från 1,6 procent år

2006 till 2,6 procent år 2018. På motsvarande vis har andelen kvinnor som vårdats för depression ökat från 3,2 procent till 5 procent. Se figur 6.



Figur 6. Andel (%) vårdade män respektive kvinnor (18+ år), inom primärvård och specialiserad psykiatri med diagnosen depression, över tid i Stockholms län.
Källa: VAL-databasen.

Tabell 2 visar antal fall och förekomst av depression i GBD och i VAL-databasen bland män och kvinnor över tid. Antal fall av depression har ökat bland män och kvinnor enligt både GBD och VAL-databasen. Men enligt GBD är antalet fall över hela observationsperioden fler än i VAL. År 2006 hade män 13 857 fler fall av depression enligt GBD och år 2018 8 598 fler fall. Kvinnor hade 26 112 fler fall år 2006 enligt GBD, och 13 224 fler år 2018.

Samtidigt har andelen män och kvinnor med depression inte ändrats nämnvärt under samma period, i Stockholms län. Mellan 2006 och 2018 har andelen män med depression ökat från 3,8 procent till 3,9 procent och andelen kvinnor har minskat från 7,0 procent till 6,7 procent, enligt GBD. Detta visar att även om antal fall av depression har ökat över tid, i absoluta tal, så har de inte ökat nämnvärt relativt alla andra sjukdomsfall i Stockholms län.

Enligt VAL-databasen, däremot, har andelen som fått vård för depression i Stockholms län ökat från 1,6 procent år 2006 till 3,2 procent år 2018 bland män, och från 3,8 procent till 5,0 procent bland kvinnor.

Tabell 2. Antal fall och andel (%) med depression i GBD och antal fall och andel vårdade med depression i VAL-databaserna, bland män och kvinnor (20+ år), över tid i Region Stockholm.

Depression							
	2006	**2008**	**2010**	**2012**	**2014**	**2016**	**2018**
Män							
GBD Antal fall	25 438	26 558	27 907	29 348	30 733	31 621	32 060
GBD Andel*	3,8 %	3,9 %	3,9 %	3,9 %	4,0 %	3,9 %	3,9 %
VAL Antal fall	11 581	14 982	16 170	18 281	21 002	22 745	23 462
VAL Andel**	1,6 %	2,0 %	2,1 %	2,3 %	2,6 %	2,7 %	2,7 %
Kvinnor							
GBD Antal fall	50 503	52 615	54 880	55 757	55 810	56 732	57 841
GBD Andel*	7,0 %	7,0 %	7,1 %	7,0 %	6,8 %	6,7 %	6,7 %
VAL Antal fall	24 391	30 315	32 816	36 519	41 563	43 990	44 617
VAL Andel**	3,3 %	4,0 %	4,1 %	4,4 %	4,9 %	5,0 %	5,0 %

*Andel (prevalens): Antal fall av depression utifrån sammanvägning av befolkningsstudier (åldrar 20+)/totala antal fall (åldrar 20+).
**Andel (prevalens): Antal fall vårdade med depression (åldrar 20+)/befolkningen i Region Stockholm (åldrar 20+).

Ångest

I ångest ingår främst generaliserat ångest, panikångest och olika typer av fobier (se bilaga 1 och bilaga 2 för beskrivning och ICD). Tabell 3 visar att ångest orsakar 1,6 procent av den totala sjukdomsbördan (DALY) bland män och 2,5 procent bland kvinnor, och 3,4 procent av den totala YLD-bördan bland män respektive 4,3 bland kvinnor.

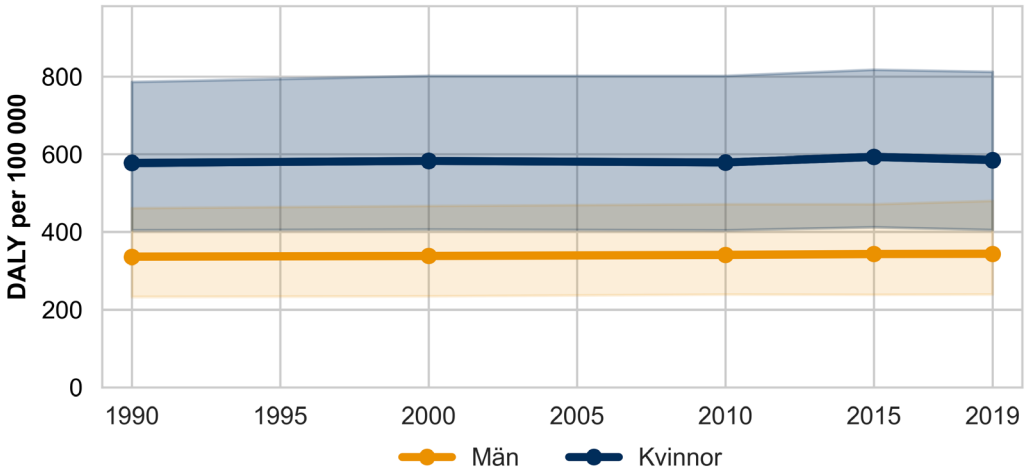
Även om förekomsten av ångest är högre än depression, orsakar depression en högre sjukdomsbörda än ångest eftersom depression tillskrivs en högre funktionsförlustvikt.

Tabell 3. Ålderstandardiserade DALY, YLD och YLL per 100 000 män respektive kvinnor (95 procent osäkerhetsintervall), för ångest och andel av den totala sjukdomsbördan som orsakas av ångest, i Region Stockholm 2019.

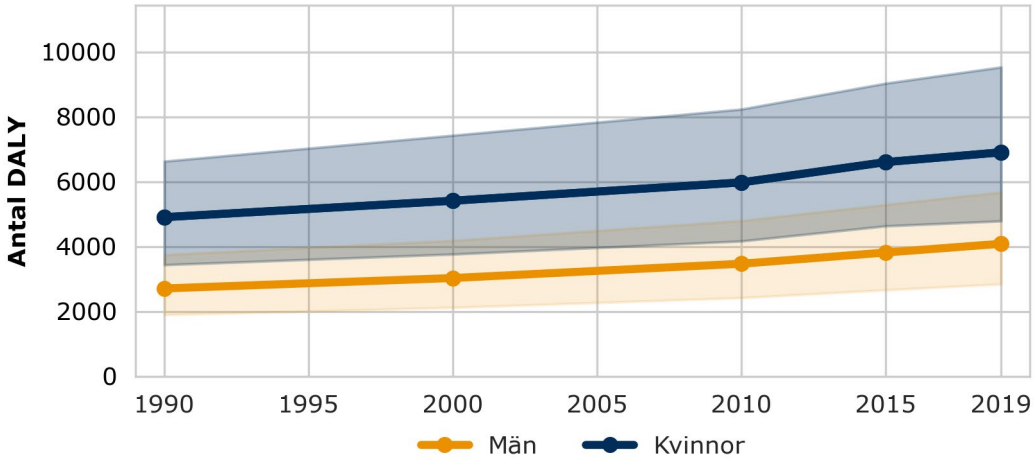
	Män			**Kvinnor**		
	DALY	YLD	YLL	DALY	YLD	YLL
Sjukdomsbörda ångest	344 (239–480)	344 (239–480)	0	585 (405–813)	585 (405–813)	0
Andel (%) av den totala sjukdomsbördan	1,6 (1,2–2,0)	3,4 (2,6–4,3)	0	2,5 (1,9–3,2)	4,3 (3,4–5,5)	0

Källa: The Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, USA.

Figur 7 visar att utvecklingen av ångest har legat på en stabil nivå sedan 1990 för både män och kvinnor. Den absoluta sjukdomsbördan som orsakas av ångest har däremot ökat med 50,1 procent för män och 40,8 procent för kvinnor (se figur 8) vilket motsvarar befolkningsökningen.



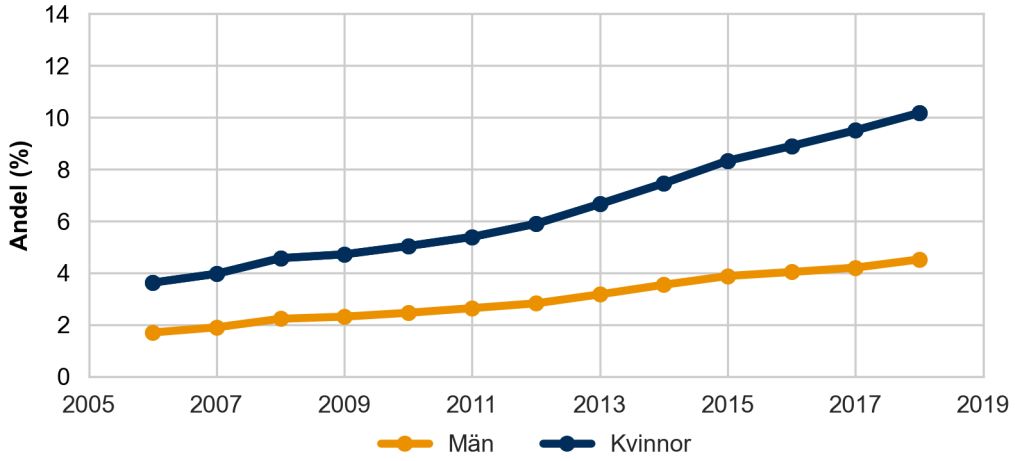
Figur 7. Åldersstandardiserade DALY, per 100 000 män respektive kvinnor, (95 % osäkerhetsintervall) för ångest, över tid i Stockholms län (dvs. relativa tal).



Figur 8. Antal DALY (95 % osäkerhetsintervall), bland män och kvinnor, för ångest, över tid i Stockholms län (dvs. absoluta tal).

Andel vårdade med diagnosen ångest

Andelen som vårdas för ångest har ökat från 3,6 procent år 2006 till 10,2 procent år 2018 bland kvinnor och från 1,7 procent till 4,5 procent bland män (se figur 10). Denna ökning skiljer sig från sjukdomsbördan som orsakas av ångest som, i likhet med depression, legat på en mer stabil nivå över tid.



Figur 9. Andel (%) vårdade män och kvinnor (18+ år) med diagnosen ångest, över tid i Stockholms län.

Källa: VAL-databasen.

Tabell 4 visar att antal fall med ångest bland män var 14 574 fler enligt GBD jämfört med antal vårdade personer i VAL-databasen år 2006, men år 2018 hade i stället VAL-databasen 3 643 fler fall än GBD.

Bland kvinnor, som enligt GBD hade 21,905 fler fall än VAL-databasen år 2006, utmärker sig förändringen i antal fall år 2018. Då var antalet vårdade kvinnor för ångest i VAL 24 006 fler än i GBD.

Andelen med ångest har inte ändrats nämnvärt mellan 2006 och 2018, enligt GBD: från 4,1 procent till 4,2 procent bland män, och från 6,9 procent till 7 procent bland kvinnor. Detta visar, i likhet med depression, att även om antal fall av ångest har ökat över tid, i absoluta tal, så har de inte ökat nämnvärt relativt alla andra sjukdomsfall i Stockholms län.

VAL-databasen visar en något större förändring i andelen som fått vård för ångest i Stockholms län. Andelen har ökat från 1,8 procent år 2006 till 4,3 procent år 2018 bland män och från 3,8 procent till 9,4 procent bland kvinnor.

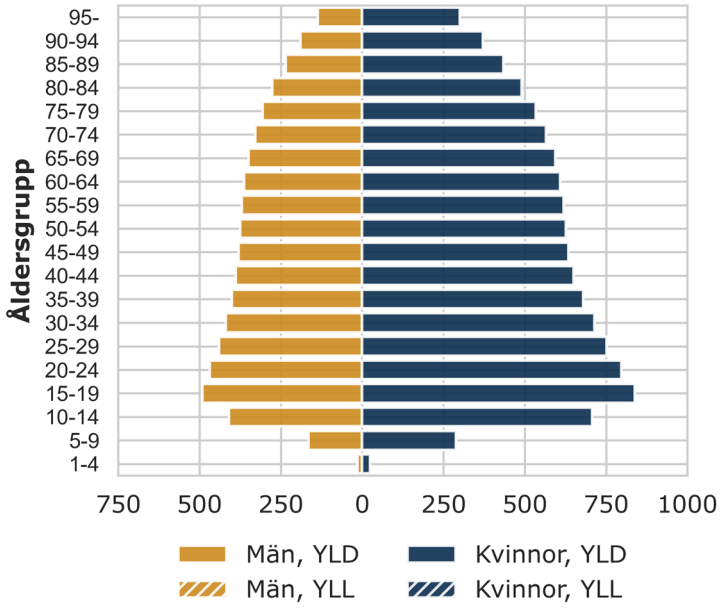
Tabell 4. Antal fall och andel (%) män och kvinnor med ångest i GBD och antal fall och andel vårdade män och kvinnor med depression i VAL-databaserna, över tid i Region Stockholm.

Ångest							
	2006	**2008**	**2010**	**2012**	**2014**	**2016**	**2018**
GBD Antal fall	27 213	28 292	29 588	30 953	32 304	33 447	34 465
GBD Andel*	4,1 %	4,1 %	4,1 %	4,2 %	4,2 %	4,2 %	4,2 %
VAL Antal fall	12 639	16 372	18 791	22 099	28 475	32 933	38 108
VAL Andel**	1,8 %	2,2 %	2,5 %	2,8 %	3,5 %	3,9 %	4,3 %
Kvinnor							
GBD Antal fall	49 990	51 171	52 897	55 327	57 888	59 405	60 414
GBD Andel*	6,9 %	6,9 %	6,9 %	7,0 %	7,0 %	7,0 %	7,0 %
VAL Antal fall	28 085	35 012	39 527	47 108	60 315	71 426	84 420
VAL Andel**	3,8 %	4,6 %	5,0 %	5,7 %	7,1 %	8,2 %	9,4 %
GBD Antal fall	27 213	28 292	29 588	30 953	32 304	33 447	34 465

*Andel (prevalens): Antal fall av ångest utifrån sammanvägning av befolkningsstudier (åldrar 20+) /totala antal fall (åldrar 20+).
**Andel (prevalens): Antal fall vårdade med ångest/befolkningen i Region Stockholm (åldrar 20+). ICD-kod F438.A (utmattningssyndrom) som endast finns i Sverige är exkluderad.

Ångest

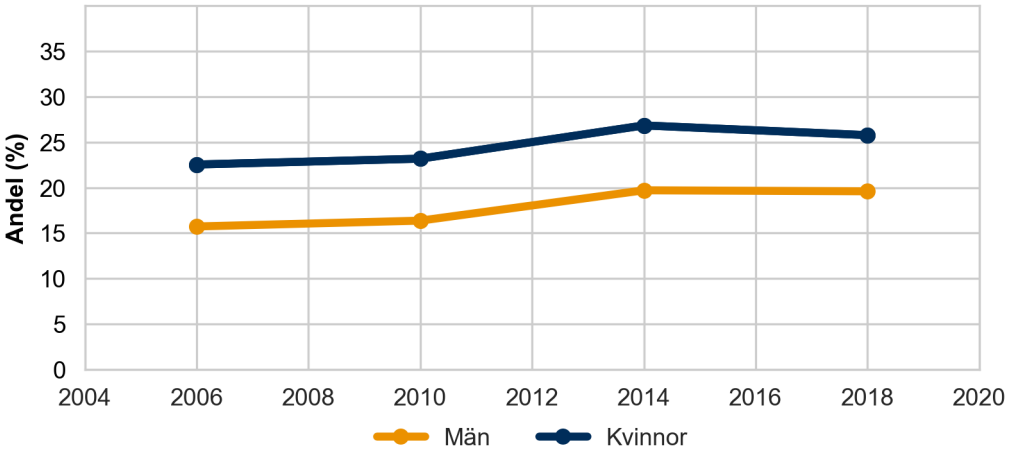
Bland både män och kvinnor är sjukdomsbördan som orsakas av ångest högst i åldrarna 15 till 19 år (se figur 9). Sjukdomsbördan minskar därefter gradvis upp till 50-årsåldern, och ligger sedan på en relativt jämn nivå fram till 69 år, då bördan avtar ytterligare.



Figur 10. DALY, per 100 000 män respektive kvinnor, uppdelat på YLL och YLD för ångest, i olika åldersgrupper, i Stockholms län 2019.

Andel med självrapporterad psykisk ohälsa

Figur 11 visar att andelen med självrapporterad psykisk ohälsa har varit relativt oförändrad mellan år 2006 och 2018, även om den gått upp och ned vid olika tidpunkter. Dessutom är psykisk ohälsa konstant högre bland kvinnor än bland män. År 2018 rapporterade cirka 20 procent av männen och 26 procent av kvinnorna psykisk ohälsa.



Figur 11. Andel (%) män och kvinnor (18–84 år) med självrapporterad psykisk ohälsa, över tid i Stockholms län.

Källa: Folkhälsoenkäten (FHE).

Beroendetillstånd

Narkotikaberoende

I narkotikaberoende ingår cannabisberoende, opiodberoende, amfetaminberoende och kokainberoende. Narkotikaberoende orsakar 2,7 procent av den totala sjukdomsbördan (DALY) bland män och 0,9 procent bland kvinnor (se tabell 5). Narkotikaberoende orsakar 3,1 procent av den totala YLL-bördan bland både män, respektive 0,9 bland kvinnor, och 2,3 procent av den totala YLD-bördan bland män, respektive 1 procent bland kvinnor.

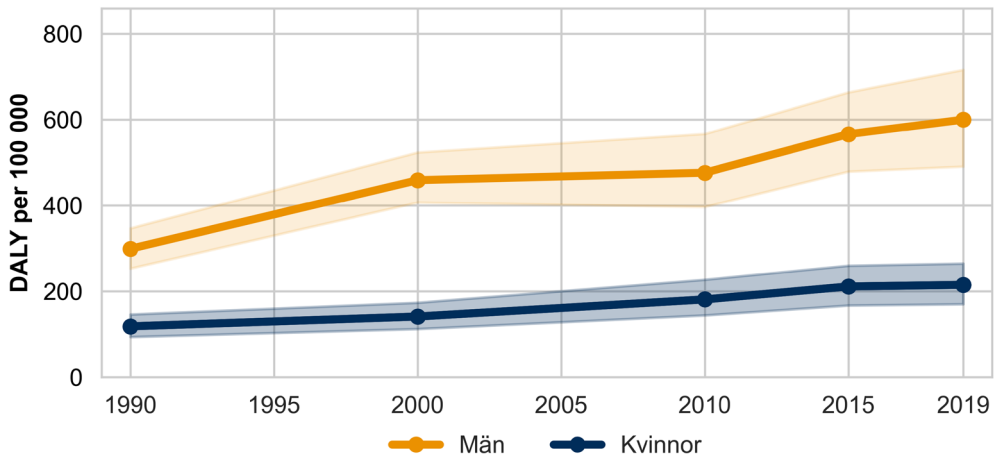
Tabell 5. Ålderstandardiserade DALY, YLD och YLL, per 100 000 män respektive kvinnor, (95 procent osäkerhetsintervall) för narkotikaberoende andel av den totala sjukdomsbördan som orsakas av narkotikaberoende, i Region Stockholm 2019.

	Män			**Kvinnor**		
	DALY	YLD	YLL	DALY	YLD	YLL
Sjukdomsbörda narkotikaberoende	600 (491–716)	240 (163–335)	360 (296–438)	215 (170–265)	131 (89–179)	84 (68–100)
Andel (%) av den totala sjukdomsbördan	2,7 (2,4–3,1)	2,3 (2,7–3,0)	3,1 (2,8–3,6)	0.9 (0,8–1,1)	1,0 (0,7–1,3)	0,9 (0,8–1,0)

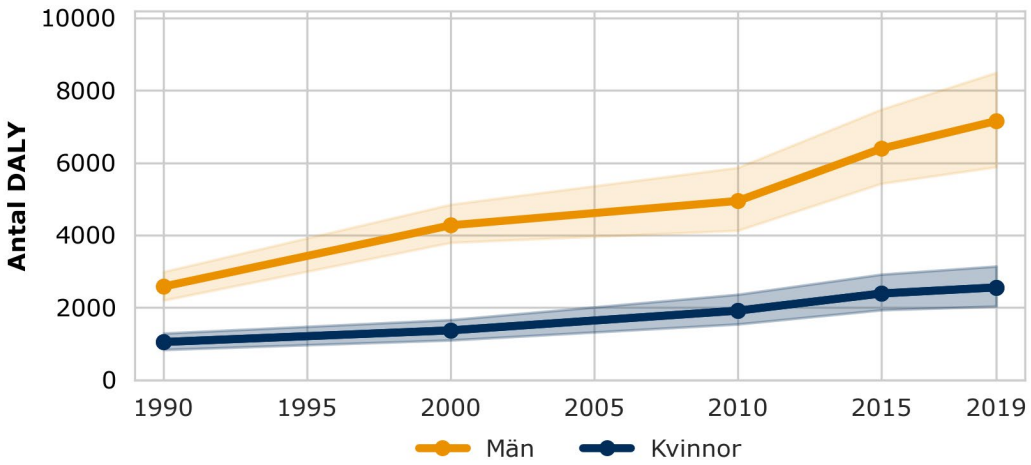
Källa: The Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, USA.

Figur 12 visar att sjukdomsbördan som orsakas av narkotikaberoende har ökat med 100 procent bland män och med 81 procent bland kvinnor sedan 1990.

Den absoluta sjukdomsbördan som orsakas av narkotikaberoende har ökat med 178 procent bland män och 144 procent bland kvinnor (se figur 13).



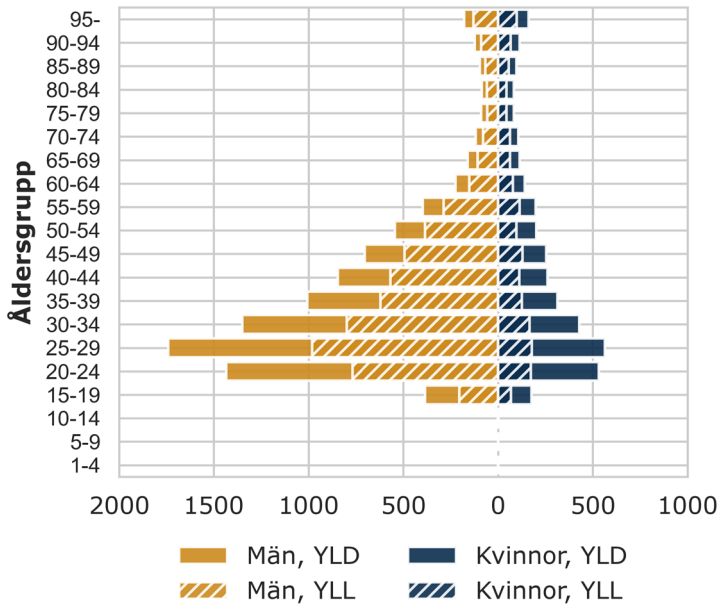
Figur 12. Åldersstandardiserade DALY, per 100 000 män respektive kvinnor, (95 % osäkerhetsintervall) för narkotikaberoende, över tid i Stockholms län (dvs. relativa tal).



Figur 13. Antal DALY (95 % osäkerhetsintervall) för narkotikaberoende bland män och kvinnor, över tid i Stockholms län (dvs. absoluta tal).

Figur 14 visar att sjukdomsbördan som orsakas av narkotikaberoende är högst bland män och kvinnor i åldrarna 25 till 29 år och därefter avtar successivt med ökande ålder.

Bland män beror bördan främst på förlorade levnadsår på grund av tidig död (YLL), som är särskilt hög i unga år.



Figur 14. DALY uppdelat på YLL och YLD, per 100 000 män respektive kvinnor, för narkotikaberoende i olika åldersgrupper, i Stockholms län 2019.

Alkoholberoende

I alkoholberoende ingår beteendestörningar såsom dysfunktionella dryckesvanor. Tabell 6 visar att alkoholberoende orsakar 2,3 procent av den totala sjukdomsbördan (DALY)

bland män och 1,0 procent bland kvinnor. Alkoholberoende orsakar 3,6 procent av den totala YLD-bördan för män och 1,2 för kvinnor, och 1,2 procent av den totala YLL-bördan bland män respektive 0,7 procent bland kvinnor.

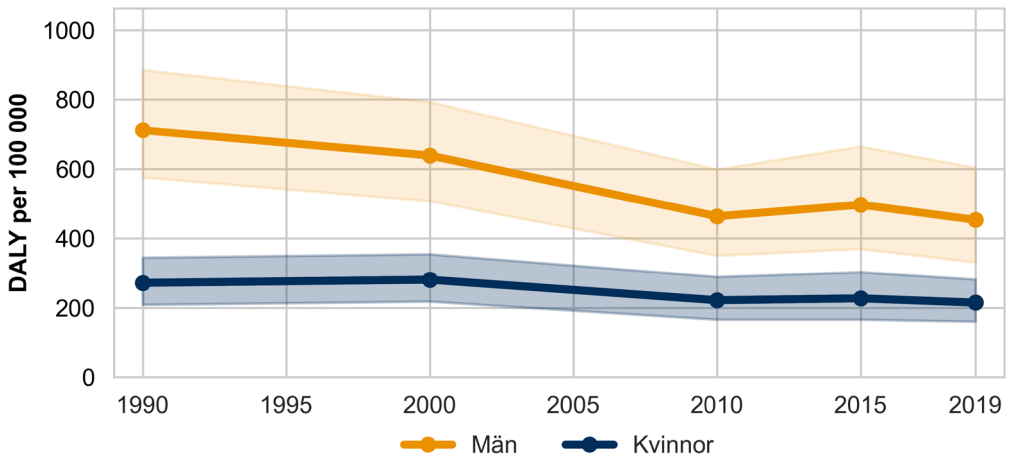
Tabell 6. Ålderstandardiserade DALY, YLD och YLL, per 100 000 män respektive kvinnor, (95 % osäkerhetsintervall) för alkoholberoende och andel av den totala sjukdomsbördan som orsakas av alkoholberoende bland män och kvinnor, i Region Stockholm 2019.

	Män			**Kvinnor**		
	DALY	YLD	YLL	DALY	YLD	YLL
Sjukdomsbörda alkoholberoende	453 (331–604)	344 (227–493)	109 (87–133)	215 (160–282)	162 (107–230)	53 (42–64)
Andel (%) av den totala sjukdomsbördan	2,3 (1,9–2,8)	3,6 (2,8–4,6)	1,2 (1,0–1,3)	1,0 (0,9–1,2)	1,2 (1,0–1,6)	0,7 (0,7–0,8)

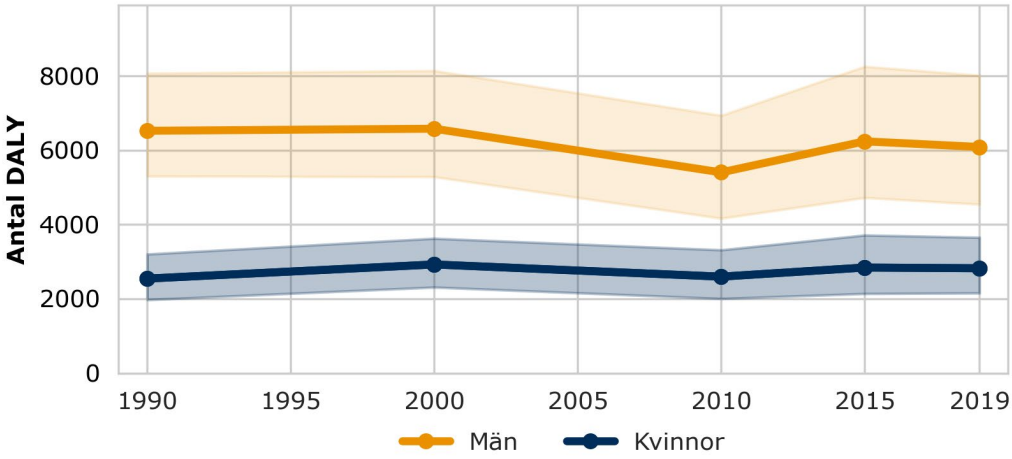
Källa: The Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, USA.

Figur 15 visar att sjukdomsbördan som orsakas av alkoholberoende, i motsats till narkotikaberoende, har minskat med 36 procent bland män och med 21 procent bland kvinnor sedan 1990.

Den absoluta sjukdomsbördan som orsakas av alkoholberoende har minskat med 6,7 procent bland män, medan den har ökat med 10,9 procent bland kvinnor (se figur 16).

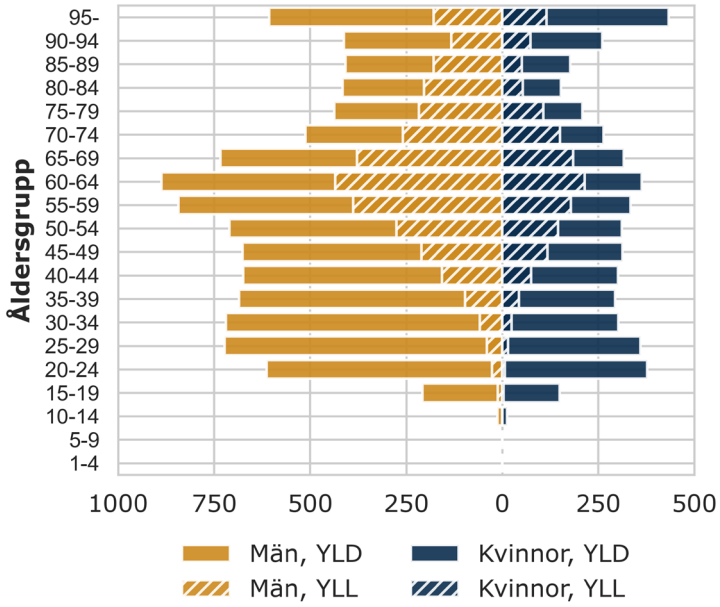


Figur 15. Åldersstandardiserade DALY, per 100 000 män respektive kvinnor, (95 % osäkerhetsintervall) för alkoholberoende, över tid i Stockholms län (dvs. relativa tal).



Figur 16. Antal DALY (95 % osäkerhetsintervall) för alkoholberoende bland män och kvinnor, över tid i Stockholms län (dvs. absoluta tal).

Figur 17 visar att sjukdomsbördan som orsakas av alkoholberoende är högst bland män och kvinnor i åldrarna 60 till 64 år. I denna åldersgrupp utgörs bördan till en större andel av YLL, medan det framför allt är YLD som bidrar till sjukdomsbördan bland de yngre åldersgrupperna. Den höga bördan som orsakas av alkohol i gruppen som är 95 år eller äldre, kan sannolikt förklaras av att några få fall ger utslag i en åldersgrupp med få personer.



Figur 17. DALY uppdelat på YLL och YLD, per 100 000 män respektive kvinnor, för alkoholberoende, i olika åldersgrupper, i Stockholms län 2019.

Självskador och självmord

I självskador ingår avsiktlig förgiftning och effekter eller dödsfall på grund av självdestruktiv handling. Tabell 7 visar att självskador och självmord orsakar 2,6 procent av den totala sjukdomsbördan (DALY) bland män och 1,2 procent bland kvinnor. Bland män står självmord (YLL-bördan) för 4,7 procent och bland kvinnor 2,8 procent.

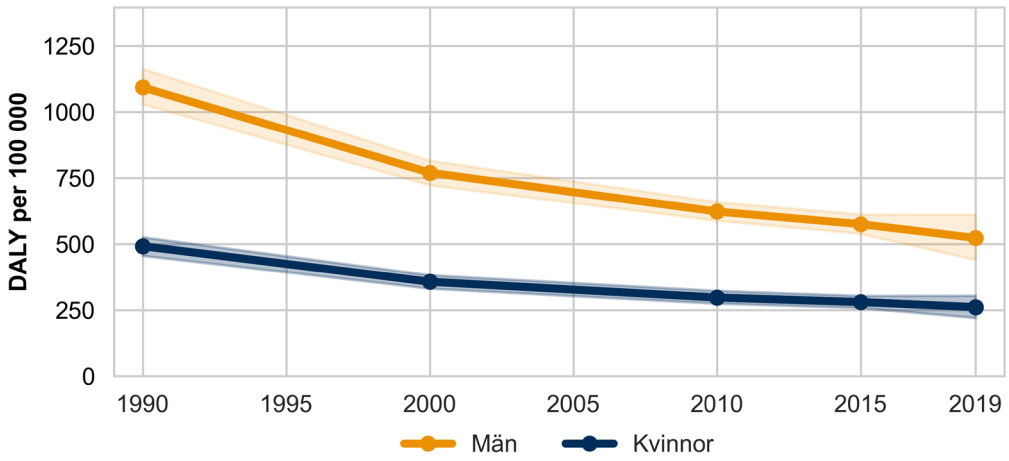
Tabell 7. Ålderstandardiserade DALY, YLD och YLL, per 100 000 män respektive kvinnor, (95 % osäkerhetsintervall) för självskador och självmord och andel av den totala sjukdomsbördan som orsakas av självskador och självmord bland män och kvinnor, i Region Stockholm 2019.

	Män			**Kvinnor**		
	DALY	YLD	YLL	DALY	YLD	YLL
Sjukdomsbörda självskador	523 (440–611)	6 (4–8)	517 (434–605)	261 (221–304)	9 (6–12)	252 (211–296)
Andel (%) av den totala sjukdomsbördan	2,6 (2,1–3,0)	0,07 0,06–0,08)	4,7 (4,3–5,0)	1,2 (0,1–1,4)	0.08 (0,07–0,1)	2,8 (1,6–3,0)

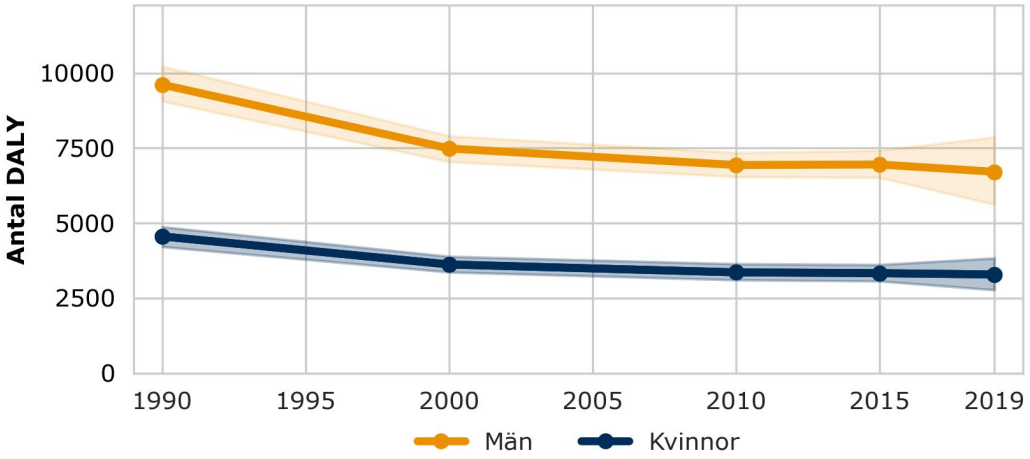
Källa: The Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, USA.

Figur 18 visar att sjukdomsbördan som orsakas av självskador och självmord har minskat med 52,1 procent bland män och 46,9 procent bland kvinnor i Stockholms län sedan år 1990.

Även den absoluta bördan har minskat med 30,2 procent bland män och 27,8 procent bland kvinnor (se figur 19).



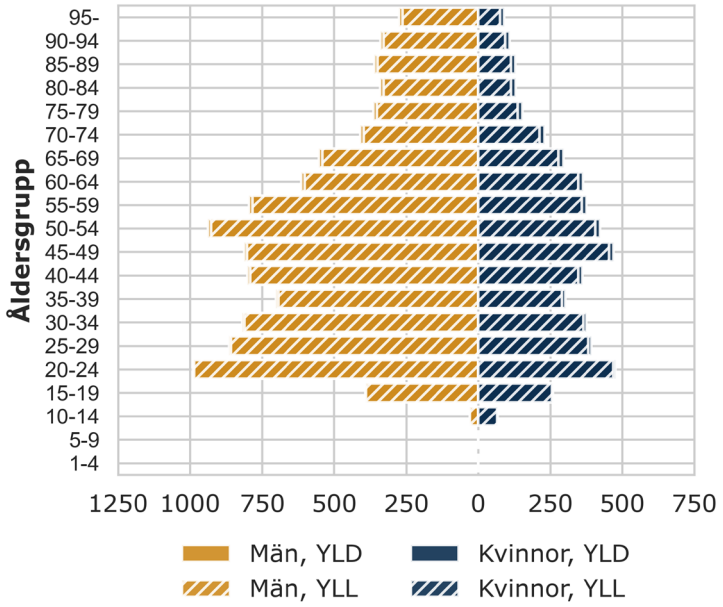
Figur 18. Åldersstandardiserade DALY, per 100 000 män respektive kvinnor, (95 % osäkerhetsintervall) för självskador och självmord, över tid i Stockholms län (dvs. relativa tal).



Figur 19. Antal DALY (95 % osäkerhetsintervall) för självskador och självmord bland män och kvinnor, över tid i Stockholms län (dvs. absoluta tal).

Figur 20 illustrerar att sjukdomsbördan som orsakas av självskador och självmord är högst bland män och kvinnor i tjugo- och femtio-årsåldern.

Sjukdomsbördan utgörs nästan uteslutande av tidig död (YLL) bland både män och kvinnor.



Figur 20. DALY uppdelat på YLL och YLD, per 100 000 män respektive kvinnor, för självskador och självmord i olika åldersgrupper, i Stockholms län 2019.

Diskussion

Utveckling av den psykiska ohälsan över tid

I den här rapporten har vi redovisat sjukdomsbördan som orsakas av psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självskador i Stockholms län med data från GBD 2019. Vi har studerat utveckling över tid och jämfört sjukdomsbördan som orsakas av depression och ångest med beskrivningar av förekomsten av depression och ångest baserat på data från primär- och specialiserad vård i VAL-databasen.

Psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självskador bidrar till en betydande andel av den totala sjukdomsbördan i Stockholms län. Bland kvinnor kommer psykiska sjukdomar på en andra plats efter cancersjukdomar och bland män på en tredje plats efter cancersjukdomar och hjärt-kärlsjukdom. Bland kvinnor orsakar depression och ångest mest sjukdomsbörda medan det för män är alkohol- och narkotikaberoende samt självskador.

Till skillnad från andelen vårdade för depression och ångest, som har ökat i Stockholms län, har sjukdomsbördan som orsakas av depression och ångest legat på en relativt konstant nivå sedan 1990 bland både män och kvinnor, och har under samma period varit nära dubbelt så hög för kvinnor.

Medan sjukdomsbördan som orsakas av alkoholberoende har minskat sedan 1990, så har bördan av narkotikaberoende ökat, framför allt hos män. Tidig död på grund av självmord har minskat både bland män och kvinnor sedan 1990.

Vad tillför en redovisning av sjukdomsbörda?

Globalt synliggjorde GBD-studien under tidigt 90-tal omfattningen av psykiska sjukdomar världen över genom att introducera DALY-måttet (14, 21). Tidigare byggde traditionell folkhälsorapportering ofta på hur många som dog i olika sjukdomar eller hur många som hade en viss diagnos. En fördel med DALY-måttet är att det ger en samlad bild av hälsoläget. Dels eftersom funktionsförlust på grund av sjukdom och tidig död kan kombineras i samma mått, dels eftersom direkta jämförelser av dödliga och icke-dödliga sjukdomar kan göras. En annan viktig fördel med beräkningar utifrån de standardiserade GBD-metoderna, är att direkta jämförelser också kan göras utifrån geografiska platser, ålder, kön samt över tid.

Kraven på hälso- och sjukvården förändras kontinuerligt (20). För att beslutsfattare ska kunna göra väl avvägda prioriteringar och investeringar behövs bra och lättillgänglig information om utvecklingen av hälsoläget och hur bördan av olika sjukdomar förhåller sig till varandra. GBD-studiens huvudsakliga användningsområden är att jämföra sjukdomsbörda över tid och plats och ge en mer fullständig bild över vilka sjukdomar och riskfaktorer som bidrar mest till ohälsa i befolkningen samt om det blir bättre eller sämre över tid. GBD använder bara väl genomförda studier och register av god kvalitet i analyserna. Därför synliggörs också var, och för vilka sjukdomar, det saknas bra data – både i form av register och vetenskapliga studier.

Ur ett folkhälsoperspektiv visar resultaten att psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självskador, som står för en betydande andel av den totala sjukdomsbördan i Stockholms län, måste ha fortsatt hög prioritet vad gäller evidensbaserade insatser på alla nivåer i samhället och att forskningen inom området måste stärkas ytterligare.

Även om direkta jämförelser inte kan göras av förekomst i GBD och i patientstatistiken, så kan användning av de olika metoderna också ge en ökad förståelse för vårdsökande och vårdbehov. Detta illustreras främst genom att antal fall av depression är högre, enligt GBD:s metoder, än antal vårdade över tid, vilket är tydligt framför allt i början av observationstiden. Detta kan tyda på att data från vårddatabaserna har underskattat förekomsten av depression på grund av att människor med depression inte har sökt vård eller har fått andra diagnoser.

Detta gäller också för ångest under den första delen av observationsperioden. Däremot är antal vårdade för ångest högre under senare delen av observationsperioden än antal fall i GBD, i synnerhet hos kvinnor. Detta skulle kunna betyda att GBD i stället har underskattat sjukdomsbördan, framför allt vad gäller ångest hos kvinnor, eftersom underlaget av högkvalitativa populationsbaserade studier av ångest är mycket begränsat (se bilaga 3) och detta tillstånd har ökat kraftigt i vården under senare år. En ny, uppdaterad populationsbaserad studie är nu på gång, den så kallade PART-studien. Den kan användas dels till att undersöka om GBD har underskattat ångest, dels för att närma sig sanningen om huruvida det finns tecken på att vårdkonsumtionen och vårdbehoven inte går i takt.

Den absoluta sjukdomsbördan som orsakas av depression och ångesthar ökat sedan 1990 i Stockholms län. Denna ökning beror främst på den kraftiga befolkningsökningen (20). Befolkningsökningen tillsammans med ökningen av andelen personer som söker vård och diagnostiseras för sina besvär kan ha viktiga implikationer för hälso-och sjukvårdssystemet, både specialiserad hälso- och sjukvård, men även primärvård där majoriteten av de som diagnostiseras med depression och ångest får sin behandling.

Data utifrån självrapporterad psykisk ohälsa används inte i GBD. Trender av psykisk ohälsa som rapporteras utifrån frågeformulär är viktiga för att förstå den psykiska ohälsan i befolkningen, och skulle också kunna ge en indikation på sjukdomsutveckling. General Health Questionnaire (GHQ) mäter nedsatt ospecifikt psykiskt välbefinnande, och en valideringsstudie har visat att frågeformuläret fångar cirka 70 procent av de med mild depression (22). Även om andelen med psykisk ohälsa utifrån GHQ-måttet ligger på en hög nivå i Stockholms län (26 procent bland kvinnor, 20 procent bland män) (3), så har trenden sedan 2006 varit relativt oförändrad, i likhet med depression och ångest utifrån GBD.

Sjukdomsbördan som orsakas av alkoholberoende har minskat i Stockholms län sedan 1990, i synnerhet bland män. Orsaken till minskningen bland män beror framför allt på minskad tidig död. Däremot har den narkotikarelaterade sjukdomsbördan ökat sedan 1990. Detta beror främst på en ökning av tidig narkotikarelaterad död. Funktionsförlust på grund av alkohol- och narkotikaberoende utgör en betydande del av sjukdomsbördan som orsakas av dessa sjukdomar. DALY-måttet bidrar till sedvanlig folkhälsorapportering, eftersom det beaktar tidig död och belyser det lidande som alkohol- och narkotikaberoende orsakar. Vid direkta jämförelser av sjukdomsbördan som orsakas av till exempel narkotikaberoende och självmord bland män i Stockholms län 2019, är detta också tydligt. Medan tidig död på grund av självmord är högre än tidig död på grund av narkotika, är skillnaderna i den samlade sjukdomsbördan, det vill säga DALY, inte lika stor när även YLD för narkotikaberoende beaktas.

Metodologiska aspekter

Datakällor och analysmetoder

En stor fördel med det globala sjukdomsbördestudien GBD är att resultaten bygger på kunskap som tagits fram genom en omfattande process som involverat en rad framstående experter från många håll i världen. Man har arbetat systematiskt med att ta fram uppgifter om både sjukdomsförekomst och dödsorsaker. När det gäller sjukdomsförekomst har man systematiskt gått igenom litteraturen för att få fram uppgifter om dödlighet, incidens, prevalens och duration av så många tillstånd som det har gått för respektive land eller region, samt modellerat denna data för tidpunkter, åldrar, kön och platser där man inte har tillräckligt med information. Resultaten beror därför till stor del på det dataunderlag som finns tillgängligt, vilket också återspeglas i osäkerhetsintervallen. För sjukdomsbördan som orsakas av narkotikarelaterad död och självmord, som till stor del bygger på dödsorsaksregistret, är skattningarna mer precisa, medan de psykiska sjukdomarna som bygger på relativt få befolkningsundersökningar är mer osäkra. Osäkerheten i YLD-skattningarna beror också till viss del på funktionsförlustvikterna.

Funktionsförlustvikterna har tagits fram utifrån undersökningar i olika kulturella, demografiska och språkliga sammanhang. Undersökningarna bygger på standardiserade undersökningsinstrument som är utvecklade i samråd med medicinska experter, och efter konsultation av beteendevetare etikexperter och ekonomer. Även om viss osäkerhet finns i funktionsförlustvikterna, så har olika tillstånd värderats påfallande likartat när olika metoder använts (18, 19). Det har diskuterats om funktionsförlustvikten skulle vara lägre om antidepressiva läkemedel eller annan behandling beaktas. Detta skulle innebära att bördan av vissa psykiska sjukdomar skulle bli lägre, eftersom det i Stockholms län förskrevs antidepressiva läkemedel till 13 procent av kvinnorna och 7 procent av männen år 2018 (3).

Vi har i denna rapport valt att redovisa psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självskador för att få en mer heltäckande bild av sjukdomsbördan som är relaterad till psykisk sjuklighet. Vilka sjukdomsgrupper som ska ingå under gruppen psykiska sjukdomar är föremål för debatt. Vissa menar att också neurologiska sjukdomar borde ingå till exempel epilepsi eller demens, och att sjukdomsbördan som orsakas av psykiska sjukdomar är underskattade i studien, eftersom de inte inkluderar neurologiska sjukdomar (14, 23).

Beräkningarna för Stockholms län ingår i ett mycket omfattande system som innehåller många analytiska steg som är inbördes relaterade till varandra för att säkerställa standardiserade resultat. Varje steg kräver en rad statistiska lösningar, och komplexiteten i analyserna gör att det kan vara svårt att veta vilka beslut som har tagits i varje steg. Kritiken mot detta har gjort att Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) nu arbetar kontinuerligt med att göra systemet och informationen så transparenta och lättbegripliga som möjligt. Inför den senaste uppdateringen, GBD 2019, som vi presenterar i denna rapport, har mycket arbete därför lagts på att till exempel tydliggöra om förändrade resultat från tidigare år beror på metodutveckling eller nya dataunderlag i form av vetenskapliga studier eller register. För varje sjukdomskapitel finns detta kortfattat beskrivet i appendix i Lancetpublikationer (9, 17).

Utvecklingsområde

Sedan 2017 gör GBD-studien årliga uppdateringar, vilket gör att en mer regelbunden uppföljning nu är möjlig och att nya data kan läggas in på årlig basis. Fortsatt metod-

och utvecklingsarbete är behövligt, i synnerhet när det gäller de psykiska sjukdomarna. Befolkningsstudier som ofta görs i forskningssyfte är resurskrävande och kan normalt inte upprepas i form av en återkommande folkhälsorapportering. För att vi ska närma oss sanningen om huruvida det finns tecken på att vårdsökande har stigit mer än stipulerade vårdbehov har, kommer uppdateringen av den populationsbaserade PART-studien som nu är på gång att vara av stor betydelse. Stockholms län skulle också kunna spela en viktig roll i GBD-arbetet tack vare våra register, framför allt primärvårdsregistret, där majoriteten av depression och ångest diagnostiseras (25). Eftersom patientstatistiken för närvarande inte används i GBD skulle det vara värdefullt att undersöka i vilken utsträckning patientstatistiken kan användas tillsammans med de kliniska befolkningsstudierna i GBD, för att mäta sjukdomsbördan, främst för ångest och utveckling över tid. Det är möjligt att ångest skulle tillskrivas en högre sjukdomsbörda relativt andra sjukdomar, vilket kan ha viktiga implikationer för folkhälsoarbetet och för hälso- och sjukvården.

Slutsats

Vi har med denna studie visat hur man kan använda data från GBD-studien för att göra en jämförande analys av psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självskador i Stockholms län över tid.

Resultaten från den senaste GBD-uppdateringen visar att psykiska sjukdomar, beroendetillstånd och självskador står för en betydande andel av den totala sjukdomsbördan i Stockholms län. Ur ett folkhälsoperspektiv betyder detta att dessa tillstånd måste ha fortsatt hög prioritet på alla nivåer i samhället.

Till skillnad från patientstatistiken, som visar en ökning av andel vårdade för depression och ångest, så har sjukdomsbördan som orsakas av depression och ångest legat på en mer konstant nivå sedan 1990. Trenderna över tid, utifrån GBD:s metoder, tyder på att data från vårddatabaserna under tidigare år har underskattat förekomsten av både depression och ångest. Det är också möjligt att GBD underskattar sjukdomsbördan som orsakas av ångest, framför allt hos kvinnor under senare år.

Underlaget av högkvalitativa studier är mycket begränsat samtidigt som ångest har ökat kraftigt i vården. Av den anledningen kommer den kommande populationsbaserade PART-studien vara av stor betydelse för att bättre förstå om det finns tecken på att vårdkonsumtionen och vårdbehoven inte går i takt.

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling 2019.
2. Folkhälsomyndighetens. Folkhälsans utveckling, webbsida: https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/
3. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES), Region Stockholm. Folkhälsorapport 2019, Stockholms län.
4. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES), Stockholms läns landsting. Folkhälsorapport 2015, Stockholms län.
5. Försäkringskassan. Sjukfrånvarons utveckling 2017. Socialförsäkringsrapport 2017:13
6. Försäkringskassan. Socialförsäkringen i siffror 2018.
7. Försäkringskassan. Psykisk ohälsa. Korta analyser 2016:2
8. Tsuang MT, Tohen M, Jones P (eds): Textbook of Psychiatric Epidemiology. Wiley, 2011.
9. GBD Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet 2020:396:10258.
10. Murray CJL, Lopez AD (eds). The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, Harvard Universtity Press, 1996.
11. Moradi T, Allebeck P, Jacobsson A, Mathers C. Sjukdomsbördan i Sverige mätt med DALY: Neuropsykiatriska sjukdomar och hjärt-kärlsjukdom dominerar. Läkartidningen 2006;103:137-141.
12. Machado MO, Veronese N, Sanches M, Stubbs B, Koyanagi A, Thompson T, Tzoulaki I, Solmi M, Vancampfort D, Schuch FB, Maes M, Fava GA, Ioannidis JPA, Carvalho AF. The association of depression and all-cause and cause-specific mortality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. BMC Med. 2018 Jul 20;16(1):112.
13. Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, Baxter AJ, Pirkis JE, Harris MG, page A, Carnhan E, Degenhardt L, Vos T, Whiteford HA. The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. PLOSONE 2014:9.
14. Weye N, Christensen MK, Momen NC, Mosegaard KM, Plana-Ripoll P, McGrath JJ. The Global Burden of Disease methodology has been good for mental disorders: But not good enough. The Canadian Journal pf Psychiatry 2020;65:102-103.
15. Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Wampers M, Ward PB, et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and metaanalysis. World Psychiatry. 2015;14(3):339–47.

16. Momen NC, Plana-Ripoll O., Agerbo E, benros ME et al. Association between mental disorders and subsequent medical conditions. The New England Journal of Medicine. 2020;382:1721-31.

17. GBD collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases Study 2019. The Lancet 2020:396;10258

18. Salomon, J.A., et al., Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet, 2012. 380(9859): p. 2129-43.

19. Haagsma JA, Noordhout C, Polinder S, et al. The European disability weights study: assessing disability weights based on the responses of 30,660 people from four European countries. Popul Health Metr 2014; published online Forthcoming.

20. Framtidsplanen, Stockholms läns landsting. http://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/framtidsplanen/ [citerat 3 April 2017].

21. World Development Report 1993 : Investing in Health.

22. Lundin A, Hallgren M, Theobald H, Hellgren C, Torgén M. Validity of the 12-item version of the General Health Questionnaire in detecting depression in the general population. Public Health, 2016, 136; 66–74.

23. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: An analysis for the global burden of disease study 2010. PLOSONE 2015;6.

24. Alonso J, Codony M, Knovess V et al. Population level of unmet need for mental health care in Europe. Br J Psychiatry. 2007:190:299-306.

25. Sundquist J, Ohlsson H, Sundquist K, Kendler KS. Common adult psychiatric disorders in Swedish primary care where most mental health patients are treated. BMC Psychiatry. 2017; 17(1):235.

26. https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/ 2020-10-16.

27. https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/framtidsplanen/. 2020-10-10.

28. Swedensen JD, Merikangas KR. The comorbidity of depression and substance use disorders. Clinical Psyhology review. 2000:20;2:173-189.

Bilagor

Bilaga 1. Funktionsförlustvikter

Svårighetsgrad	Beskrivning	Funktionsförlustvikt (95 % osäkerhetsintervall)
Egentlig depression		
Mild	Känner ihållande sorg och har tappat intresset för vanliga aktiviteter. Personen sover ibland dåligt, känner sig trött eller har svårt att koncentrera sig men lyckas fortfarande fungera i det dagliga livet utan extra ansträngning.	**0,658 (0,477–0,807)**
Måttlig	Känner konstant sorg och har tappat intresset för vanliga aktiviteter. Personen har vissa svårigheter i det dagliga livet, sover dåligt, har svårt att koncentrera sig och tänker ibland på att skada sig själv.	**0,658 (0,477–0,807)**
Allvarlig	Har överväldigande, konstant sorg och kan inte fungera i det dagliga livet. Personen tappar ibland kontakten med verkligheten och vill skada eller ta livet av sig själv.	**0,658 (0,477–0,807)**
Dystymi		
Symptomatisk dystymi	Känner ihållande sorg och har tappat intresset för vanliga aktiviteter. Personen sover ibland dåligt, känner sig trött eller har svårt att koncentrera sig men lyckas fortfarande fungera i det dagliga livet med extra ansträngning.	0,145 (0,0099–0,209)
Ångest		
Mild	Känner sig lätt ängslig och orolig, vilket leder till svårigheter med koncentration, komma ihåg saker och att sova. Personen tröttas ut lätt men kan utföra dagliga aktiviteter.	0,03 (0,018–0,046)
Måttlig	Känner sig ängslig och orolig, vilket leder till svårigheter med koncentration, komma ihåg saker och att sova. Personen tröttas ut lätt men kan utföra dagliga aktiviteter.	0,133 (0,091–0,186)
Allvarlig	Känner sig konstant mycket ängslig och orolig, vilket gör det svårt att	0,523 (0,362–0,677)

	koncentrera sig, komma ihåg saker och sova. Personen har tappat glädjen i livet och tänker på självmord.	
Narkotikaberoende		
Opiodberoende		
Mild	Använder heroin (eller metadon) dagligen och har svårt att kontrollera vanan. När personen inte använder, fungerar personen normalt.	0,335 (0,221–0,473)
Måttlig till allvarlig	Använder heroin dagligen och har svårt att kontrollera vanan. När effekterna avtar, känner personen svår illamående, agitation, kräkningar och feber. Personen har mycket svårigheter i dagliga aktiviteter.	0,697 (0,510–0,843)
Kokainberoende		
Mild	Använder kokain minst en gång i veckan och har vissa svårigheter att kontrollera vanan. När personen inte använder, fungerar personen normalt.	0,116 (0,074–0,165)
Måttlig till allvarlig	Använder kokain och har svårt att kontrollera vanan. Personen har ibland humörsvängningar, ångest, paranoia, hallucinationer och sömnproblem och har vissa svårigheter i dagliga aktiviteter.	0,479 (0,324–0,634)
Amfetaminberoende		
Mild	Använder stimulantia minst en gång i veckan och har ibland svårt att kontrollera vanan. När personen inte använder, fungerar personen normalt.	0,079 (0,051–0,114)
Måttlig till allvarlig	Använder stimulantia och har svårt att kontrollera vanan. Personen har ibland depression, hallucinationer och humörsvängningar och har svårigheter i dagliga aktiviteter.	0,486 (0,329–0,637)
Cannabisberoende		
Mild	Använder marijuana minst en gång i veckan och har vissa svårigheter att kontrollera vanan. När personen inte använder, fungerar personen normalt.	0,039 (0,024–0,06)
Måttlig till allvarlig	Använder marijuana dagligen och har svårt att kontrollera vanan. Personen har ibland humörsvängningar, ångest och	0,266 (0,178–0,364)

	hallucinationer och har vissa svårigheter i dagliga aktiviteter.	
Alkoholberoende		
Väldigt milt	Dricker alkohol dagligen och har svårt att kontrollera behovet av att dricka. Vid nyktert tillstånd fungerar personen normalt.	0,123 (0,082–0,177)
Mild	Dricker mycket alkohol och har ibland svårt att kontrollera behovet av att dricka. Vid berusat tillstånd har personen svårt att utföra dagliga aktiviteter.	0,235 (0,16–0,327)
Måttligt	Dricker mycket, blir berusad nästan varje vecka och har stora svårigheter att kontrollera behovet av att dricka. Drickande och återhämtning orsakar stora svårigheter i dagliga aktiviteter, sömnförlust och trötthet.	0,373 (0,28–0,508)
Allvarligt	Blir berusad nästan varje dag och kan inte kontrollera behovet av att dricka. Drickande och återhämtning ersätter de flesta dagliga aktiviteter. Personen har svårt att tänka, komma ihåg och kommunicera och känner konstant smärta och trötthet.	0,57 (0,396–0,732)
Bipolär sjukdom		
Manisk	Är hyperaktiv, hör och tror på saker som inte är verkliga och har ett impulsivt och aggressivt beteende som äventyrar personen och andra.	0,492 (0,341–0,646)
Depressiv	Känner konstant sorg och har tappat intresset för vanliga aktiviteter. Personen har ibland svårigheter i det dagliga livet, sover dåligt, har svårt att koncentrera sig och tänker ibland på att skada sig själv.	0,396 (0,267–0,531)
Residual	Har milda humörsvängningar, irritation och vissa svårigheter med dagliga aktiviteter.	0,032 (0,018–0,015)
Schizofreni		
Akut fas	Hör och ser saker som inte är verkliga och är rädd, förvirrad och ibland våldsam. Personen har stora svårigheter med kommunikation och dagliga	0,778 (0,606–0,9)

	aktiviteter och vill ibland skada och ta livet av sig själv.	
Residual fas	Hör och ser saker som inte är verkliga och har svårt att kommunicera. Personen kan vara glömsk, har svårt med dagliga aktiviteter och funderar på att skada sig själv.	0,588 (0,411–0,754)
Andra psykiska sjukdomar		
Mild	Känner sig lätt ängslig och orolig, vilket leder till svårigheter med koncentration, komma ihåg saker och att sova. Personen tröttas ut lätt men kan utföra dagliga aktiviteter.	0,03 (0,018–0,046)
Måttlig	Känner sig ängslig och orolig, vilket leder till svårigheter med koncentration, komma ihåg saker och att sova. Personen tröttas ut lätt men kan utföra dagliga aktiviteter.	0,133 (0,091–0,186)
Allvarlig	Känner sig konstant mycket ängslig och orolig, vilket gör det svårt att koncentrera sig, komma ihåg saker och sova. Personen har tappat glädjen i livet och tänker på självmord.	0,523 (0,362–0,677)
Autism spektrumstörningar		
Autism	Har allvarliga interaktionsproblem med andra och svårigheter att förstå enkla frågor eller direktiv. Den här personen har stora svårigheter att utföra dagliga aktiviteter och blir stressad av förändringar i rutiner.	0,262 (0,176–0,365)
Asperger's syndrom och andra ADS	Har svårigheter att interagera med andra personer och är långsam i att förstå och svara på frågor. Den här personen är ofta upptagen med en sak och har vissa svårigheter att utföra dagliga aktiviteter.	0,14 (0,071–0,147)
Idiopatisk psykisk utvecklingsstörning, Borderline	Lär sig långsamt i skolan. Som vuxen, har personen vissa svårigheter att utföra komplexa eller obekanta uppgifter men fungerar annars självständigt.	0,011 (0,005–0,020)
Idiopatisk psykisk utvecklingsstörning, Mild	Har låg intelligens och lär sig långsamt i skolan. Som vuxen kan den här personen leva självständigt, men behöver ofta hjälp med att uppfostra barn och kan	0,043 (0,026–0,064)

	endast arbeta med enkla övervakade jobb.	
Ätströningar		
Anorexi	Känner ett överväldigande behov av att svälta och träna överdrivet mycket för att gå ner i vikt. Personen är väldigt tunn, svag och orolig.	0,224 (0,150–0,312)
Bulimia nervosa	Hetsäter okontrollerat vilket följs av skuldkänslor, svält och kräkningar för att minska i vikt.	0,223 (0,149–0,311)
Uppförandestörning	Har frekventa beteendeproblem, som ibland är våldsamma. Den här personen har svårt att interagera med andra människor och känner sig irriterad.	0,241 (0,159–0,341)
ADHD	Är hyperaktiv och har svårt att koncentrera sig, komma ihåg saker och slutföra uppgifter.	0,045 (0,028–0,066)

Källa: The Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, USA.

Bilaga 2. Indelning av sjukdomar, skador och dödsorsaker enligt GBD

Indelning av sjukdomar, skador och dödsorsaker	**ICD-10**	**ICD-9**
Psykiska sjukdomar	F20-F20.9, F25-F25.9, F32-F33.9, F34.1, F30-F31.9, F34.0, F40-F44.9, F93-F93.2, F50.0-F50.1, F50.2-F50.5, F84-F84.9, F90-F90.9, F91-F92.9, F70-F79.9, Z81.0, F04-F06.1, F06.3-F07.0, F08-F09.9, F21-F24, F26-F29.9, F34, F34.8-F34.9, F38-F39, F45-F49, F51-F52.9, F55-F55.8, F56-F69.0, F80-F83, F85-F89.0, F93.3-F99.0, G47-G47.29, G47.4-G47.9, R40-R40.4, R45-R55.0, Z03.2, Z04.6-Z04.72, Z13.4, Z64, Z81, Z81.8, Z86.5-Z86.59	295-295.35, 295.5-295.8, 296.2-296.36, 311-311.9, 300.4, 296-296.16, 296.4-296.81, 300-300.3, 308-309.9, 307.1, 307.51, 307.54, 299-299.91, 314-314.9, 312-312.9, 317-319.9, V18.4, 293-294, 295.4-295.45, 295.80-295.95, 296.82-298.9, 300.5-302.9, 306-307.0, 307.2-307.49, 307.6-307.7, 307.9, 310-310.1, 313-313.9, 316-316.9, 327-327.19, 327.3-327.8, 347-347.9, 780-780.2, 780.93, 780.97, 797-797.9, 799.2-799.29, V11.0-V11.2, V11.4-V12.0, V17-V17.0, V40-V41.9, V79-V79.9
Schizofreni	F20-F20.9, F25-F25.9	295-295.35, 295.5-295.8
Depression	F32-F33.9, F34.1	296.2-296.36, 311-311.9, 300.4
Egentlig depression	F32-F33.9	296.2-296.36, 311-311.9
Dystymi	F34.1	300.4
Bipolär sjukdom	F30-F31.9, F34.0	296-296.16, 296.4-296.81
Ångest	F40-F44.9, F93-F93.2	300-300.3, 308-309.9
Ätstörningar	F50.0-F50.1, F50.2-F50.5	307.1, 307.51, 307.54
Anorexia nervosa	F50.0-F50.1	307.1
Bulimi nervosa	F50.2-F50.5	307.51, 307.54
Autismspektrumstörning	F84-F84.9	299-299.91
ADHD	F90-F90.9	314-314.9
Uppförandestörning	F91-F92.9	312-312.9
Psykisk utvecklingsstörning	F70-F79.9, Z81.0	317-319.9, V18.4

Övriga psykiska sjukdomar	F04-F06.1, F06.3-F07.0, F08-F09.9, F21-F24, F26-F29.9, F34, F34.8-F34.9, F38-F39, F45-F49, F51-F52.9, F55-F55.8, F56-F69.0, F80-F83, F85-F89.0, F93.3-F99.0, G47-G47.29, G47.4-G47.9, R40-R40.4, R45-R55.0, Z03.2, Z04.6-Z04.72, Z13.4, Z64, Z81, Z81.8, Z86.5-Z86.59	293-294, 295.4-295.45, 295.80-295.95, 296.82-298.9, 300.5-302.9, 306-307.0, 307.2-307.49, 307.6-307.7, 307.9, 310-310.1, 313-313.9, 316-316.9, 327-327.19, 327.3-327.8, 347-347.9, 780-780.2, 780.93, 780.97, 797-797.9, 799.2-799.29, V11.0-V11.2, V11.4-V12.0, V17-V17.0, V40-V41.9, V79-V79.9
Beroendetillstånd	F10-F10.99, G31.2, R78.0, X45-X45.9, X65-X65.9, Y15-Y15.9, Z81.1, F11-F19.99, P96.1, R78.1-R78.9, Z81.2-Z81.4	291-291.9, 303-303.93, 305-305.03, 571.0-571.1, 571.3, 790.3, E860-E860.19, V11.3, 304.0-304.03, 305.5-305.53, E850.0-E850.29, 304.2-304.23, 305.6-305.63, 304.4-304.43, 305.7-305.73, 304.3
Alkoholberoende	F10-F10.99, G31.2, R78.0, X45-X45.9, X65-X65.9, Y15-Y15.9, Z81.1	291-291.9, 303-303.93, 305-305.03, 571.0-571.1, 571.3, 790.3, E860-E860.19, V11.3
Narkotikaberoende	F11-F19.99, P96.1, R78.1-R78.9, Z81.2-Z81.4	304.0-304.03, 305.5-305.53, E850.0-E850.29, 304.2-304.23, 305.6-305.63, 304.4-304.43, 305.7-305.73, 304.3
Opiodberoende	F11-F11.99, P96.1, R78.1	304.0-304.03, 305.5-305.53, E850.0-E850.29
Kokainberoende	F14-F14.99, R78.2	304.2-304.23, 305.6-305.63
Amfetaminberoende	F15-F15.99	304.4-304.43, 305.7-305.73
Cannabisberoende	F12-F12.9	304.3
Andra beroendetillstånd	F13-F13.99, F16-F16.99, F18-F19.99, R78.3-R78.9, Z81.2-Z81.4	292-292.9, 304.1-304.13, 304.5-304.83, 305, 305.1-305.13, 305.3-305.43, 305.8-305.93
Självskador och självmord	X60-X64.9, X66-X84.9, Y87.0	E950-E959

Källa: The Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, USA.

Bilaga 3. Datakällor som ligger till grund för skattningarna

Sjukdom	Referens
Depression	Bergdahl E, Gustavsson JMC, Kallin K, von Heideken Wågert P, Lundman B, Bucht G, Gustafson Y. Depression among the oldest old: the Umeå 85+ study. Int Psychogeriatr. 2005; 17(4): 557-75.
	Forsell Y, Winblad B. Major depression in a population of demented and nondemented older people: prevalence and correlates. J Am Geriatr Soc. 1998; 46(1): 27-30.
	Johansson R, Carlbring P, Heedman Å, Paxling B, Andersson G. Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: point prevalence and the effect on health-related quality of life. PeerJ. 2013; e98.
	Karlsson B, Johnell K, Sigström R, Sjöberg L, Fratiglioni L. Depression and Depression Treatment in a Population-Based Study of Individuals Over 60 Years Old Without Dementia. Am J Geriatr Psychiatry. 2016; 24(8): 615–23.
	Karolinska Institute, National Institute for Working Life (Sweden). Sweden - Stockholm County PART Study, Phase I 1998-2000.
	Marengoni A, Rizzuto D, Wang H-X, Winblad B, Fratiglioni L. Patterns of chronic multimorbidity in the elderly population. J Am Geriatr Soc. 2009; 57(2): 225-30.
	Olsson GI, von Knorring AL. Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. Acta Psychiatr Scand. 1999; 99(5): 324-31.
	Wiberg P, Waern M, Billstedt E, Ostling S, Skoog I. Secular trends in the prevalence of dementia and depression in Swedish septuagenarians 1976-2006. Psychol Med. 2013; 43(12): 2627-34.
	World Health Organization (WHO). Sweden World Health Survey 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO), 2005.
Ångest	Börjesson-Hanson A, Waern M, Ostling S, Gustafson D, Skoog I. One-month prevalence of mental disorders in a population sample of 95-year olds. Am J Geriatr Psychiatry. 2011; 19(3): 284-91.
Narkotikaberoende	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), Pompidou Group, Council of Europe, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN). ESPAD Report 2007: Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm, Sweden: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2009.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Lisbon, Portugal: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), 2016.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Statistical Bulletin 2008. Lisbon, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Statistical Bulletin 2013. Lisbon, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), Pompidou Group, Council of Europe, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN). Alcohol and Drug Use Among European 17-18 Year Old Students: Data from the ESPAD Project. Stockholm, Sweden: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2007.

European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), Pompidou Group, Council of Europe, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN). ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm, Sweden: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2004.

Fridell M, Hesse M. Psychiatric severity and mortality in substance abusers: a 15-year follow-up of drug users. Addict Behav. 2006; 31(4): 559-65.

Fugelstad A, Annell A, Rajs J, Agren G. Mortality and causes and manner of death among drug addicts in Stockholm during the period 1981-1992. Acta Psychiatr Scand. 1997; 96(3): 169-75.

Lindström M, Rosvall M. Daily tobacco smoking, heavy alcohol use, and hashish use among adolescents in southern Sweden: A population-based multilevel study. Addict Behav Rep. 2015; 2: 6–12.

Lund University (Sweden), Statistics Sweden, Swedish National Institute of Public Health. Sweden Survey on Drug Use 2008-2009.

National Board of Health and Welfare (Sweden). Sweden - Stockholm County Vital Registration - Deaths 1980-2017.

Shi Y, Lenzi M, An R. Cannabis Liberalization and Adolescent Cannabis Use: A Cross-National Study in 38 Countries. PLoS One. 2015; 10(11): e0143562.

Stenbacka M, Leifman A, Romelsjo A. Mortality Among Opiate Abusers in Stockholm: A Longitudinal Study. Heroin Addict Relate Clin Probl. 2007; 9(3): 41-50.

	Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN). Sweden Heavy Drug Use 1998. Stockholm, Sweden: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2001.
	Wahren CA, Brandt L, Allebeck P. Has mortality in drug addicts increased? A comparison between two hospitalized cohorts in Stockholm. Int J Epidemiol. 1997; 26(6): 1219-26.
	World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe). Inequalities in Young People's Health: HBSC International Report from the 2005-2006 Survey. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe), 2008.
	World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe). Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2001-2002 Survey. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe), 2004.
Alkoholberoende	Ahacic K, Kåreholt I, Helgason AR, Allebeck P. Non-response bias and hazardous alcohol use in relation to previous alcohol-related hospitalization: comparing survey responses with population data. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2013; 8: 10.
	Andreasson S, Allebeck P, Romelsjö A. Alcohol and mortality among young men: longitudinal study of Swedish conscripts. Br Med J (Clin Res Ed). 1988; 296(6628): 1021-5.
	Berge J, Håkansson A, Berglund M. Alcohol and drug use in groups of cannabis users: results from a survey on drug use in the Swedish general population. Am J Addict. 2014; 23(3): 272–9.
	Berglund M, Tunving K. Assaultive alcoholics 20 years later. Acta Psychiatr Scand. 1985; 71(2): 141-7.
	Dahlgren L, Myrhed M. Alcoholic females. II. Causes of death with reference to sex difference. Acta Psychiatr Scand. 1977; 56(2): 81-91.
	Durbeej N, Berman AH, Gumpert CH, Palmstierna T, Kristiansson M, Alm C. Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test and the Drug Use Disorders Identification Test in a Swedish sample of suspected offenders with signs of mental health problems: results from the Mental Disorder, Substance Abuse and Crime study. J Subst Abuse Treat. 2010; 39(4): 364-77.
	European Surveillance of Congenital Anomalies (EUROCAT). Sweden EUROCAT Prevalence Tables. Ispra, Italy: European Surveillance of Congenital Anomalies (EUROCAT).
	Gerdner A, Berglund M. Mortality of treated alcoholics after eight years in relation to short-term outcome. Alcohol Alcohol. 1997; 32(5): 573–80.

Gustavson K-H, Umb-Carlsson O, Sonnander K. A follow-up study of mortality, health conditions and associated disabilities of people with intellectual disabilities in a Swedish county. J Intellect Disabil Res. 2005; 49(Pt 12): 905-14.

Hvitfeldt T, Romelsjö A, Damström TK, Karolinska Institute. Alkohol och droger: vanor och problem i Stockholms län 1996 [Alcohol and Drug Use: Patterns and Problems in Stockholm County in 1996]. Stockholm, Sweden: Karolinksa Institute, 1999.

Källmén H, Wennberg P, Berman AH, Bergman H. Alcohol habits in Sweden during 1997-2005 measured with the AUDIT. Nord J Psychiatry. 2007; 61(6): 466-70.

Källmén H, Wennberg P, Ramstedt M, Hallgren M. Changes in alcohol consumption between 2009 and 2014 assessed with the AUDIT. Scand J Public Health. 2015; 43(4): 381-4.

Karolinska Institute, National Institute for Working Life (Sweden). Sweden - Stockholm County PART Study, Phase I 1998-2000.

Larsson G. Prevention of fetal alcohol effects. An antenatal program for early detection of pregnancies at risk. Acta Obstet Gynecol Scand. 1983; 62(2): 171-8.

Lindberg S, Agren G. Mortality among male and female hospitalized alcoholics in Stockholm 1962-1983. Br J Addict. 1988; 83(10): 1193-200.

Lundin A, Hallgren M, Balliu N, Forsell Y. The use of alcohol use disorders identification test (AUDIT) in detecting alcohol use disorder and risk drinking in the general population: validation of AUDIT using schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. Alcohol Clin Exp Res. 2015; 39(1): 158-65.

Lundin A, Hallgren M, Forsman M, Forsell Y. Comparison of DSM-5 Classifications of Alcohol Use Disorders With Those of DSM-IV, DSM-III-R, and ICD-10 in a General Population Sample in Sweden. J Stud Alcohol Drugs. 2015; 76(5): 773–80.

Medhus A. Mortality among female alcoholics. Scand J Soc Med. 1975; 3(3): 111-5.

National Board of Health and Welfare (Sweden). Sweden - Stockholm County Vital Registration - Deaths 1980 2017.

Olegård R, Sabel KG, Aronsson M, Sandin B, Johansson PR, Carlsson C, Kyllerman M, Iversen K, Hrbek A. Effects on the child of alcohol abuse during pregnancy. Retrospective and prospective studies. Acta Paediatr Scand Suppl. 1979; 275: 112-21.

Orholm M, Sørensen TI, Bentsen K, Høybye G, Eghøje K, Christoffersen P. Mortality of alcohol abusing men prospectively assessed in relation to history of abuse and degree of liver injury. Liver. 1985; 5(5): 253-60.

	Rehm J, Room R, van den Brink W, Jacobi F. Alcohol use disorders in EU countries and Norway: an overview of the epidemiology. Eur Neuropsychopharmacol. 2005; 15(4): 377-88.
	Spak F, Hällström T. Prevalence of female alcohol dependence and abuse in Sweden. Addiction. 1995; 90(8): 1077-88.
Självskador och självmord	Börsch-Supan, A. (2013). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 1…4. Release version: 2.6.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w1.260
	Börsch-Supan, A. (2015). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 5. Release version: 1.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w5.100
	International Research Associates (INRA) Europe, World Health Organization (WHO). Sweden WHO Multi-country Survey Study on Health and Health System
	National Board of Health and Welfare (Sweden). Sweden National Patient Register 1997-2014. Stockholm, Sweden: National Board of Health and Welfare (Sweden)
	Responsiveness 2000-2001. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO)
	Statistics Sweden, Swedish National Institute of Public Health. Sweden National Survey of Public Health 2004…2014
	World Health Organization (WHO). Sweden World Health Survey 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO), 2005
	World Health Organization (WHO). Sweden World Health Survey 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO), 2005
	World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe). European Hospital Morbidity Database, 2008. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe)
	World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe). European Hospital Morbidity Database, 2008. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe)
Bipolär sjukdom	Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. JAMA Psychiatry. 2013; 70(9): 931-9.
	Gale CR, Batty GD, Osborn DP, Tynelius P, Whitley E, Rasmussen F. Association of mental disorders in early adulthood and later psychiatric hospital admissions and mortality in a cohort study of more than 1 million men. Arch Gen Psychiatry. 2012; 69(8): 823–31.
	Osby U, Brandt L, Correia N, Ekbom A, Sparén P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. Arch Gen Psychiatry. 2001; 58(9): 844-50.

	Westman J, Hallgren J, Wahlbeck K, Erlinge D, Alfredsson L, Osby U. Cardiovascular mortality in bipolar disorder: a population-based cohort study in Sweden. BMJ Open. 2013; 3(4): e002373.
Schizofreni	Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. Am J Psychiatry. 2013; 170(3): 324-33.
	Fors BM, Isacson D, Bingefors K, Widerlöv B. Mortality among persons with schizophrenia in Sweden: an epidemiological study. Nord J Psychiatry. 2007; 61(4): 252–9.
	Gale CR, Batty GD, Osborn DP, Tynelius P, Whitley E, Rasmussen F. Association of mental disorders in early adulthood and later psychiatric hospital admissions and mortality in a cohort study of more than 1 million men. Arch Gen Psychiatry. 2012; 69(8): 823–31.
	Jörgensen L, Ahlbom A, Allebeck P, Dalman C. The Stockholm non-affective psychoses study (snaps): the importance of including out-patient data in incidence studies. Acta Psychiatr Scand. 2010; 121(5): 389-92.
	Jörgensen L, Allebeck P, Dalman C. Prevalence of psychoses in Stockholm County—a population-based study using comprehensive healthcare registers. Nord J Psychiatry. 2014; 68(1): 60–5.
	Lindström E, Widerlöv B, von Knorring L. The ICD-10 and DSM-IV diagnostic criteria and the prevalence of schizophrenia. Eur Psychiatry. 1997; 12(5): 217-23.
	Osby U, Correia N, Brandt L, Ekbom A, Sparén P. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. Schizophr Res. 2000; 45(1-2): 21-8.
	Widerlöv B, Lindström E, von Knorring L. One-year prevalence of long-term functional psychosis in three different areas of Uppsala. Acta Psychiatr Scand. 1997; 96(6): 452-8.
Autismspektrumstörningar	Arvidsson T, Danielsson B, Forsberg P, Gillberg C, Johansson M, Kjellgren G. Autism in 3-6-Year-Old Children in a Suburb of Goteborg, Sweden. Autism. 1997; 1(2): 163-73.
	Fernell E, Gillberg C. Autism spectrum disorder diagnoses in Stockholm preschoolers. Res Dev Disabil. 2010; 31(3): 680-5.
	Gillberg C, Cederlund M, Lamberg K, Zeijlon L. Brief Report: The Autism Epidemic". The Registered Prevalence of Autism in a Swedish Urban Area. J Autism Dev Disord. 2006; 36(3): 429-35."
	Hirvikoski T, Mittendorfer-Rutz E, Boman M, Larsson H, Lichtenstein P, Bölte S. Premature mortality in autism spectrum disorder. Br J Psychiatry. 2016; 208(3): 232–8.

	Hultman CM, Sandin S, Levine SZ, Lichtenstein P, Reichenberg A. Advancing paternal age and risk of autism: new evidence from a population-based study and a meta-analysis of epidemiological studies. Mol Psychiatry. 2011; 16(12): 1203–12.
	Idring S, Lundberg M, Sturm H, Dalman C, Gumpert C, Rai D, Lee BK, Magnusson C. Changes in prevalence of autism spectrum disorders in 2001-2011: findings from the Stockholm youth cohort. J Autism Dev Disord. 2015; 45(6): 1766-73.
	Idring S, Rai D, Dal H, Dalman C, Sturm H, Zander E, Lee BK, Serlachius E, Magnusson C. Autism spectrum disorders in the Stockholm Youth Cohort: design, prevalence and validity. PLoS One. 2012; 7(7): e41280.
	Kadesjö B, Gillberg C, Hagberg B. Brief report: autism and Asperger syndrome in seven-year-old children: a total population study. J Autism Dev Disord. 1999; 29(4): 327-31.
	Lundström S, Reichenberg A, Anckarsäter H, Lichtenstein P, Gillberg C. Autism phenotype versus registered diagnosis in Swedish children: prevalence trends over 10 years in general population samples. BMJ. 2015; h1961.
	Nygren G, Cederlund M, Sandberg E, Gillstedt F, Arvidsson T, Carina Gillberg I, Westman Andersson G, Gillberg C. The prevalence of autism spectrum disorders in toddlers: a population study of 2-year-old Swedish children. J Autism Dev Disord. 2012; 42(7): 1491-7.
Ätstörningar	Cullberg J, Engström-Lindberg M. Prevalence and incidence of eating disorders in a suburban area. Acta Psychiatr Scand. 1988; 78(3): 314-9.
	National Board of Health and Welfare (Sweden). Sweden Cause of Death Register 1980-2017.
	Nilsson K, Hägglöf B. Long-term follow-up of adolescent onset anorexia nervosa in northern Sweden. Eur Eat Disord Rev. 2005; 13(2): 89-100.
	Norring CE, Sohlberg SS. Outcome, recovery, relapse and mortality across six years in patients with clinical eating disorders. Acta Psychiatr Scand. 1993; 87(6): 437-44.
	Papadopoulos FC, Ekbom A, Brandt L, Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. Br J Psychiatry. 2009; 194(1): 10-7.
	Rosling AM, Sparén P, Norring C, von Knorring A-L. Mortality of eating disorders: a follow-up study of treatment in a specialist unit 1974-2000. Int J Eat Disord. 2011; 44(4): 304-10.
	Wentz E, Gillberg IC, Anckarsäter H, Gillberg C, Råstam M. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. Br J Psychiatry. 2009; 194(2): 168-74.

ADHD	Holmberg K, Sundelin C, Hjern A. Screening for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): can high-risk children be identified in first grade?. Child Care Health Dev. 2013; 39(2): 268-76.
	Kadesjo B, Gillberg C. The Comorbidity of ADHD in the General Population of Swedish School-age Children. J Child Psychol Psychiatry. 2001; 42(4): 487.
	Rasmussen P, Gillberg C. Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000; 39(11): 1424-31.

Källa: The Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, USA.

Bilaga 4. Indelning av depression och ångest i VAL-databaserna

Indelning av depression och ångest	**ICD-10**
Depression	F32, F33, F34, F38, F39
Ångest	F40, F41, F42, F43

Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin
REGION STOCKHOLM