

Geografiska och sociala skillnader i ångest och depression bland ungdomar i Stockholms län

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
2010:16

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare: Therese Wirback, Gunilla Björklund, Simon Lind och Karin Engström, Avdelningen för folkhälsoepidemiologi, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet

ISBN 978-91-86313-45-6

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Stockholm
E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

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

Innehåll

Sammanfattning	5
Inledning	7
Bakgrund	9
Orsaker till psykisk ohälsa	9
Social ojämlikhet	9
Sociala skillnader i ångest och depression	9
Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)	10
Material och metod	11
Material	11
Sociala faktorer	11
Ångest och/eller depression	12
Läkemedelsförskrivning	13
Behandlarkompetens	13
Analyser	13
Resultat	14
Geografiska skillnader	14
Förekomsten av ångest- och/eller depressionsdiagnos i Stockholms län	14
Läkemedelsförskrivning i Stockholms län	18
Sociala skillnader	22
Ålder och förekomst av ångest- och/eller depressionsdiagnos	22
Kön och förekomst av ångest- och/eller depressionsdiagnos	22
Familiens inkomst och förekomst av ångest- och/eller depressionsdiagnos	22
Förälders utbildning och förekomst av ångest- och/eller depressionsdiagnos	23
Förälders födelseland och förekomst av ångest- och/eller depressionsdiagnos	24
Sociala skillnader i risk för ångest- och/eller depressionsdiagnos	24
Sociala skillnader i läkemedelsförskrivning	25
Sociala skillnader i behandlarkompetens	26
Diskussion	28
Referenser	31
Bilagor	33
Bilaga 1. Diagnoser	33
Bilaga 2. Frekvenstabeller för geografiska skillnader	34
Bilaga 3. Frekvenstabell för sociala skillnader	37

Sammanfattning

Mycket talar för att den psykiska ohälsan i Sverige ökar och att det finns sociala skillnader i vem som drabbas. Syftet med denna rapport var att beskriva geografisk fördelning samt sociala skillnader (kön, familjens inkomst och föräldrarnas utbildning och födelseland) beträffande förekomst och sannolikheten att få en ångest- och/eller depressionsdiagnos bland 13 till 17-åringar i Stockholms län. Likaså undersöktes läkemedelsförskrivning och behandlarkompetens. Resultatet baseras på uppgifter från dataregistret Unga Kohorten år 2007 där den största delen av uppgifterna kommer från barn- och ungdomspsykiatriens (BUP:s) diagnosregister men också från andra register som bland annat innehåller information om olika sociala faktorer.

Den geografiska fördelningen visade att förekomsten sammantaget för de olika diagnoserna var vanligare i Huddinge och på Kungsholmen och mindre vanligt på Värmdö och Östermalm men att det vid en uppdelning på de specifika diagnoserna är andra kommuner och stadsdelar som har högst respektive lägst förekomst. Flickor får diagnosen ångest och/eller depression i cirka dubbelt så hög grad som pojkar. I flertalet kommuner var det även vanligare att flickor fick en förskrivning av läkemedel vid diagnos än pojkar. Överrisken för medicinering bland flickor utgjordes till största del av lugnande läkemedel. Stockholms stad avvek i viss mån genom att fler stadsdelar förskrev antidepressiva till pojkar än flickor medan det för lugnande var tämligen jämnt fördelat.

Andra sociala skillnader som framkom var att det är mer sannolikt att ungdomar i familjer med låg inkomst får diagnosen ångest och depression än de i familjer med hög inkomst. När sannolikheten för att diagnostiseras undersöktes i relation till föräldrarnas utbildning var det också lite större risk att ungdomar som har föräldrar med låg utbildning, i jämförelse med de med hög, hade en ångestdiagnos men det gick inte att se något sådant mönster för depression eller dubbeldiagnos.

Det framkom också att det var mindre sannolikt att ungdomar som har en förälder som är född utanför Europa får någon av diagnoserna samt får antidepressiva läkemedel vid diagnos än de som har föräldrar födda i Sverige eller i övriga Europa. Ett flertal signifikanta, men relativt små, skillnader påträffades vad gäller typ av behandlarkompetens och olika sociala faktorer. Till exempel hade ungdomar med föräldrar med låg och medelhög utbildning lägre sannolikhet att träffa såväl läkare som kurator, psykolog och annan personal än de med hög utbildning. Ungdomar med föräldrar födda utanför Europa hade också märkbart lägre sannolikhet att få träffa läkare.

Inledning

Psykisk ohälsa är en av de vanligaste orsakerna till sjukdomsburden i höginkomstländer (WHO 2001; SOU 2006) och sjukdomsburden för depression rankas som nummer sju (Lopez et al 2006). Beträffande barn och ungdomar har, globalt sett, cirka 20 procent olika psykiska funktionsnedsättningar (WHO 2001). En uppskattning av förekomsten av specifika diagnoser såsom depression bland barn och ungdomar är internationellt 2–5 procent för 7 till 12-åringar och 6–10 procent för 13 till 17-åringar (sammanställt i BUP 2009). För ångest uppskattas förekomsten till 1–8 procent bland 0 till 6-åringar, 3–6 procent bland barn 7–12 år och 10–12 procent hos unga 13–17 år. Liksom globalt finns det i Europa en variation i förekomst beträffande depression och ångestsjukdomar mellan olika länder (Ravens-Sieberer et al 2008). Depression varierar till exempel från 1 procent bland 8 till 11-åringar i Frankrike till 18 procent i Tyskland och beträffande ångest från 4 procent bland 5 till 15-åringar i Storbritannien till 19 procent i Tyskland.

Den svenska befolkningen har sedan 1980-talet fått ett sämre psykiskt välbefinnande även om en viss förbättring kan ses efter 2001 (Socialstyrelsen 2009a). Psykisk ohälsa är en av de vanligaste anledningarna till att uppleva sitt hälsotillstånd som dåligt (Danielsson 2004). Av andelen nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar utgör psykiska sjukdomar och syndrom 41,5 procent för kvinnor och 39,8 för män 18–64 år. De vanligaste diagnoserna är enligt försäkringskassan (2007) depressioner, anpassningsstörningar och reaktion på stress samt ångestsyndrom.

Sveriges totala samhällskostnader för depression och ångest är ungefär 40 miljarder kronor (TLV 2009) och under 2007 fick 700 000 personer behandling med antidepressiva läkemedel. Kostnaderna för antidepressiva läkemedel minskade från 2002 och framåt (Socialstyrelsen 2009b), men steg sedan under 2007 till 2008 med fem procent.

Av unga kvinnor (16–24 år) i Sverige rapporterar 30 procent att de har besvär såsom oro, ångest och ångslan. För männen är siffran 14 procent (Socialstyrelsen 2009a). Ett par studier från 1990-talet visar att förekomsten av depression, mätt med diagnostisk intervju, för svenska 13 till 17-åringar ligger på 5,8–6,3 procent och att förekomsten är vanligare bland flickor än pojkar (Larsson & Melin 1990; 1992; Olsson & Knorrning 1999). För unga (16–24 år) har förekomsten av psykisk ohälsa ökat de senaste två decennierna även om det för specifika psykiska besvär såsom nedstämdhet, nervositet, irritation och sömnsvårigheter setts en nedgång undantaget 15-åriga flickor (SOU 2006). Självmodsförsök ökar bland unga kvinnor 16–24 år och är vanligare bland 80-talister än 70-talister. Andelen som vårdas på sjukhus för bland annat depression och ångest har ökat sedan mitten av 1990-talet (Socialstyrelsen 2009a).

Psykisk ohälsa är mer förekommande bland kvinnor i 16 till 19-årsåldern än bland män. En ökning med åldern (10–24 år) sker dock oavsett kön (Socialstyrelsen 2009a). Även depression är vanligare bland ungdomar än bland barn (SBU 2004) med en högre prevalens i tonåren (Fombonne 1998; Gould & Kramer 2001). De olika typerna av depression är dock desamma för barn, ungdomar och vuxna. Prevalensen av självmodsbeteende är generellt också högre i tonåren (Fombonne 1998; Gould & Kramer 2001).

De flesta problem avseende mental hälsa förekommer oftare bland grupper med lägre socioekonomisk status (Mackenbach 2006) och enligt ett par studier har grupper med låg socioekonomisk status en högre risk för att utveckla depression (SBU 2004; Lorant et al 2002). Att till exempel vara arbetslös eller att bo i ett underprivilegierat område kan enligt SBU (2004) ge en högre risk för att insjukna. Personer som kommer från sämre sociala förhållanden, såsom fattigdom, har enligt samma källa också en större risk för att utveckla långvarig och svårbehandlad depression. Bland ungdomar (16–24 år) har ångslan, oro och ångest ökat oavsett deras ursprung, familjeförhållanden,

socioekonomi, anställningsförhållanden och arbetsmarknadsstatus (Socialstyrelsen 2009a). Förekomsten påverkades inte av boende i glesbygd eller i stad.

Enligt barn- och ungdomspsykiatrins (BUP:s) årsrapport framkommer att de resurser som BUP har är ojämnt fördelade i länet och att norra Stockholm och sydvästra länsdelen har en lägre ersättning för lokal verksamhet än övriga delar av länet (SLL 2004). Det är dock inte helt klarlagt att den största psykiska ohälsan förekommer där det finns minst resurser.

De ungdomar som lider av ångest och depression har enligt SBU (2004) och Wasserman (2003) lättare för att drabbas av låg utbildning, arbetslöshet, drogberoende och självmord i vuxen ålder. Det finns också indikatorer på att det finns ett samband mellan depression och fetma hos ungdomar (Sjöberg 2005).

Enligt regeringen (2007) är Sveriges övergripande folkhälsomål att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor och Stockholms läns landsting arbetar för en god och jämlik hälsa för alla i länet (SLL 2007) där två av målen är att minska ojämlikhet och psykisk ohälsa. För att kunna arbeta effektivt med åtgärder av olika slag är det relevant att kontinuerligt undersöka om det förekommer sociala skillnader och hur dessa i så fall ser ut. För att kunna utveckla fungerande interventioner är det också viktigt att kunna anpassa dessa till olika samhällsgrupper.

I denna rapport beskrivs sociala och geografiska skillnader i ångest och depression bland ungdomar med fokus på åldersgruppen 13–17 år, i Stockholms län. Först görs en beskrivning av geografiska skillnader och sedan en redogörelse för vilken risk olika sociala grupper har för att få en ångest- och/eller depressionsdiagnos samt hur risker beträffande läkemedelsförskrivning och typ av behandlarkompetens ser ut i länet.

Bakgrund

Orsaker till psykisk ohälsa

Många psykiska sjukdomar hos vuxna har sin början i barndomen (Fombonne 1998; Gould & Kramer 2001). Det finns sällan en ensam orsak exempelvis till depression (Wasserman 2003). Många olika sociala faktorer bidrar till psykisk ohälsa (Williams 2005) liksom biologiskt arv/genetiska orsaker (SBU 2004). Miljöfaktorer spelar in även i uttalat ärftliga sjukdomar (Allgulander 2008). Till exempel visar Caspi et al (2003) att en kort serotonintransportgen hade betydelse för utvecklandet av en depression men att risken var större om barnen i studien samtidigt hade svåra uppväxtförhållanden. Interaktion mellan arv och miljö kan beskrivas utifrån modeller om stress och sårbarhet (Tew 2005). De utgår från att olika personer är olika sårbara/mottagliga för olika livshändelser såsom till exempel stress på grund av ett samspel mellan genetik, biologi, sociala och miljömässiga faktorer (Tew 2005). Denna rapport fokuserar på sociala faktorer och inte de biologiska även om de också har stor betydelse.

Social ojämlikhet

Orsakerna till att många problem med mental ohälsa oftare förekommer bland grupper med lägre socioekonomisk status är komplexa (Mackenbach 2006). Det kan å ena sidan tillskrivas att de sociala förhållandena är en konsekvens av psykisk ohälsa (selektion eller social drifhypotes) men det kan också handla om att låg socioekonomisk status ökar risken för psykisk ohälsa till exempel genom bristande hanteringsstrategier (socialetnologisk synvinkel).

Social ojämlikhet kännetecknas av att skillnaderna är systematiska, förorsakade av förhållanden i den sociala miljön och påverkbara (Dahlgren & Whitehead 2006). Social ojämlikhet beskriver också förhållandet mellan grupper där den ena gruppen är privilegierad på grund av att den andra har mindre makt (Williams 2005) såsom till exempel i det patriarkala systemet. I dagens samhälle betyder detta att till exempel kön, ras och klass påverkar tillgången till socialt önskade saker såsom pengar, status och makt.

Flera olika indikatorer används för att beskriva social ojämlikhet varav några vanliga är inkomst, utbildning och yrkesrelaterad klass. Geyer et al (2006) menar att dessa begrepp förvisso är sammanlänkande men inte utbytbara i och med att orsakskedjorna kan se olika ut beroende på vad man studerar.

I denna rapport används både utbildning och inkomst som indikatorer men inte yrkesrelaterad klass då information om detta saknas.

Sociala skillnader i ångest och depression

En genomgång av både internationella och svenska artiklar kring sociala skillnader och sociodemografiska karakteristika samt förekomst och risk för i huvudsak depression och ångest ger inte en entydig bild. Flera studier visar att lägre socioekonomisk status bland 10 till 15-åringar har samband med högre nivåer av förstämningssyndrom (Lemstra et al 2008; Amone-P'Olak et al 2009). I en annan studie visade sig låg utbildningsnivå och yrkesrelaterad klass (föräldrarnas) vara relaterat till högre nivåer av depressiva symtom (Mossakowski et al 2009). I en studie av Miech et al (1999) visades emellertid inget samband mellan utbildning och depression bland 15 och 21-åringar, men däremot mellan utbildning och ångest.

En svensk studie med vuxna (18–84) visar inget samband mellan utbildningsnivå och risken för ångest eller depression (Molarius et al 2009). Samma studie visar däremot ett samband mellan

risken för depression och ångest och att vara arbetslös, sjukpensionär, inte ha socialt stöd, kritiska livshändelser och social sammanhållning (neighbourhood social cohesion).

I en studie av Paxton (2007) visade det sig att geografiska skillnader (att bo i stad, förort eller på landet) i förekomst inte har påträffats bland 15 till 16-åringar eller unga vuxna. Enligt Paxton (2007) och Zwirs et al (2007) förekommer dock skillnader mellan kön och olika etniska grupper. Skillnader mellan olika etniska grupper kan enligt bland annat Mossakowski (2009) förklaras av socioekonomiska faktorer såsom fattigdom.

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

Sedan 2000 har BUP en ny organisation (SLL 2004). Det finns fyra geografiska verksamhetsområden i Stockholm.

Av dem som besöker BUP är fördelningen mellan könen relativt jämn (SLL 2004). I låg och mellanstadieåldern är det dock fler pojkar och i tonåren fler flickor. BUP har ansvar för den specialiserade vården. Omkring två procent av BUP:s remisser kommer från primärvården. Vanligen är det föräldrar och anhöriga som initierar kontakten men ibland också socialtjänsten. Tre till fyra procent av patienterna får medicinering.

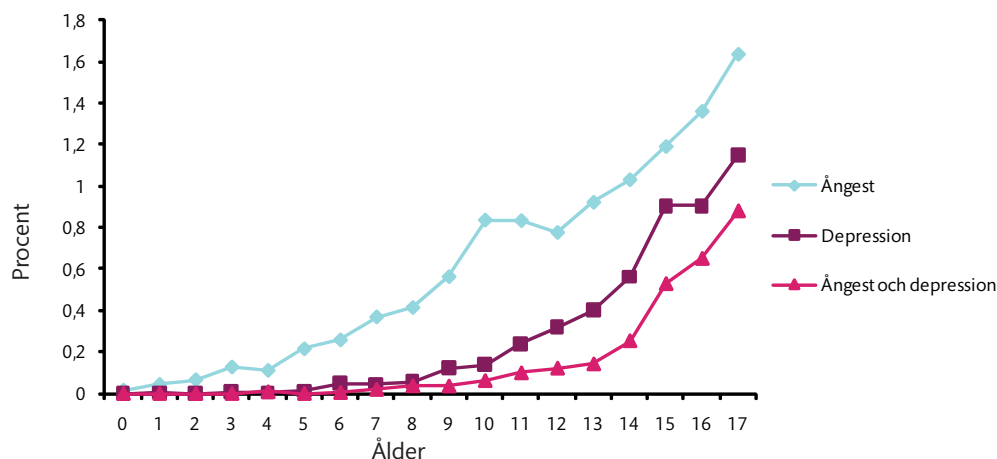
Ångeststörningar och förstämningssyndrom är de vanligaste diagnoserna och de båda utgjorde tillsammans cirka 35 procent av diagnoserna 2007.

Material och metod

Denna rapport baseras på Unga kohorten, som är ett register sammanställt på avdelningen för epidemiologi på Karolinska Institutet och innehåller samtliga individer som någon gång i sin barndom bott i Stockholms län mellan 2001 och 2007. Unga kohorten innehåller data från BUP samt ett flertal andra register som länkats samman och innefattar därmed uppgifter om vårdutnyttjande för mental ohälsa liksom ett flertal uppgifter om sociala och hälsorelaterade faktorer. Identifieringen av studiepopulationen har gjorts genom totalpopulationsregistret. Flergenerationsregistret användes för att länka barn till deras föräldrar.

Material

I denna rapport inkluderades de personer från Unga kohorten som var mellan 13–17 år och som bott i Stockholms läns landsting under hela 2007, det vill säga som ej flyttat ut, in eller avlidit under denna period. Totalt innefattar detta 118 131 personer. Barn under 13 år inkluderades inte på grund av den låga andel personer med diagnos före 13 års ålder, se figur 1 nedan. Den låga andelen möjliggjorde inte en säker statistisk beräkning för yngre personer.



Figur 1. Ångest- och/eller depressionsdiagnos (%) bland barn och ungdomar 0–17 år i Stockholms län, 2007.

Sociala faktorer

De sociala faktorer som inkluderades i rapporten var kön samt förälders födelseland och utbildning och familjens inkomst. Förälder/föräldrar innebär i denna rapport den eller de vuxna personer som ungdomen bor med. Det kan vara biologisk förälder, adoptivförälder eller andra vuxna med ansvar för barnet (vårdnadshavare och fosterförälder) samt make/maka, registrerad partner eller sambo med gemensamma barn, till den ansvarige föräldern.

Indelningen beträffande födelseland gjordes utifrån den förälder som är född närmast Sverige. Tre kategorier användes, förälder född i Sverige, förälder född i övriga Europa och förälder född utanför Europa.

Utbildningsnivå delades in i förgymnasial (låg), gymnasial (medel) och eftergymnasial (hög) utifrån den förälder som hade den högsta utbildningen. Inkomst utgick från disponibel inkomst i familjen¹ och delades in i kvartiler; låg, medellåg, medelhög och hög. Uppgifterna kring ovanstående inhämtades från den longitudinella integrationsdatabasen för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA).

¹ Disponibel inkomst per konsumtionsenhet i familjen. Detta innebär familjens nettointäkt dividerat med det viktade antalet familjemedlemmar. Måttet har vissa begränsningar då det kan finnas felkällor beträffande identifieringen av familjesammansättningen, inkomster som ej är redovisade samt att det finns personer som inte har någon inkomst.

Tabell 1. Sociala och hälsorelaterade karakteristika bland ungdomar 13–17 år i Stockholms län, 2007.

	Pojkar		Flickor		Totalt	
	Antal	Andel %	Antal	Andel %	Antal	Andel %
Familjens inkomst						
Låg	14 969	24,6	14 124	24,6	29 093	24,6
Medellåg	15 084	24,8	14 151	24,7	29 235	24,7
Medelhög	15 332	25,2	14 431	25,1	29 763	25,2
Hög	15 400	25,3	14 636	25,5	30 036	25,4
Förälders utbildning						
Låg	4 689	7,8	4 606	8,1	9 295	8,0
Medelhög	24 353	40,6	22 911	40,5	47 264	40,5
Hög	30 988	51,6	29 126	51,5	60 114	51,5
Förälders födelseland						
Sverige	47 843	78,5	45 400	79,0	93 243	78,7
Europa	4 242	7,0	3 987	6,9	8 209	7,0
Övriga länder	8 849	14,5	8 104	14,1	16 953	14,3
Diagnos						
Endast ångest	525	0,9	948	1,6	1 473	1,2
Endast depression	349	0,6	594	1,0	943	0,8
Ångest och depression	146	0,2	445	0,8	591	0,5
Läkemedelsförskrivning *						
Antidepressiv medicin	202	19,8	429	21,6	631	21,0
Lugnande medicin	53	5,2	144	7,3	197	6,6

*Bland de med ångest- och/eller depressionsdiagnos.

Ångest och/eller depression

Ångest- och depressionsdiagnos är i huvudsak hämtade från BUP 2007 men ett visst antal återfanns i Stockholms läns landstings övriga databaser för uppföljning av vårdkonsumtion vilka innefattar primär-, öppen- och slutenvård. En genomgång av de olika vårdinstanserna visade att över 90 procent av ångest- och depressionsdiagnoserna bland barn och unga är satta på BUP.

Diagnoserna är i huvudsak satta efter DSM-IV (BUP:s öppenvård), men i viss utsträckning även efter ICD-10 (BUP:s slutenvård samt övrig vård). ICD-10 är WHO:s diagnostiseringsklassificering medan DSM-IV är utarbetat i USA. En skillnad mellan de båda diagnossystemen är att det i ICD-10 går att särskilja lindrig, måttlig och svår depression vilket inte lika tydligt går i DSM-IV (SBU 2004). Tre varandra uteslutande diagnosgrupper används i rapporten; ångest, depression samt dubbeldiagnosen (komorbiditet/samsjuklighet) ångest och depression. Ångest definieras i denna rapport som Ångestsyndrom, Tvångssyndrom och Posttraumatiskt stressyndrom enligt DSM-IV samt motsvarande ICD-10 koder. Med depression avses i denna rapport Förstämningssyndrom enligt DSM-IV och motsvarande ICD-10 koder. För exakta diagnoser se bilaga 1.

Läkemedelsförskrivning

Vid en ångest och/eller depressionsdiagnos förekommer förskrivning av olika läkemedel (SBU 2004). Det kan bland annat vara antidepressiva, ångestdämpande och lugnande läkemedel. Också förskrivning av neuroleptika förekommer. I denna rapport redogörs för antidepressiva och lugnande läkemedel då dessa är de två dominerande grupperna. Uppgifter om förskrivning inhämtades från läkemedelsregistret, 2007.

Antidepressiva läkemedel används inte bara för behandling av depression utan även av olika ångestsymtom (TLV 2009). Ångest är dessutom ofta en del av symtombilden vid depression. Vid analyserna av läkemedelsförskrivning slogs därför diagnoserna ihop.

Behandlarkompetens

I sin kontakt med vården får ungdomarna träffa personer med olika typer av behandlarkompetens, såsom läkare, psykolog och kurator. Information om detta finns endast för besök inom BUP, varför det är det som rapporteras här. Det som redovisas är om en patient vid något besök inom en vårdepisod på grund av ångest och eller/depression under 2007 träffat personer med respektive kompetens. Samma patient kan därmed ha träffat flera personer med olika typer av kompetens. Uppgifterna hämtas från BUP:s vårdregister i kombination med öppenvårdsregistret (VAL).

Analyser

Två olika former av analyser genomfördes. Den första för en deskriptiv beskrivning och den andra för att med prevalenskvot beräkna risken eller sannolikheten för att få en ångest och/eller depressionsdiagnos, läkemedelsförskrivning vid diagnos och typ av behandlarkompetens vid diagnos. Prevalenskvoten visar på samvariationen mellan en vald faktor, till exempel utbildningsnivå, och utfallet, här psykiatrisk diagnos. Ju högre prevalenskvot desto större sannolikheten för psykiatrisk diagnos i den studerade gruppen. SAS 1.9 användes som programvara för att beräkna prevalenskvoter med 95 procents konfidensintervall (KI). Som referensvärden har pojke, högst inkomst, längst utbildning och födelseland Sverige använts. Familjens inkomst, förälders utbildning samt förälders födelseland har justerats för varandra. Alla prevalenskvoter är justerade för kön.

Beräkningar gjordes separat för dem med endast ångest, endast depression och både ångest- och depressionsdiagnos (komorbiditet/samsjuklighet). Upprepad diagnos för samma sjukdom beaktades ej. Då BUP-data saknas från Rinkeby-Kista har ungdomar bosatta i det området exkluderats från analyserna.

Resultat

Nedan görs först en redogörelse för geografiska skillnader (kommuner och stadsdelar) i förekomst av de olika diagnoserna samt skillnader i läkemedelsförskrivning. Efter det redogörs för sociala skillnader (kön, familjens inkomst, förälders utbildning och födelseland) både vad gäller förekomst och vilken risk olika sociala grupper har för att diagnostiseras med ångest och/eller depression samt hur risken ser ut beträffande förskrivning av läkemedel samt typ av behandlar-kompetens.

Geografiska skillnader

Nedan beskrivs de geografiska skillnaderna i Stockholms läns landsting beträffande förekomst av ångest- och/eller depressionsdiagnos för åldersgruppen 13–17 år. Därefter redogörs för förekomst av läkemedelsförskrivning i de olika kommunerna och stadsdelarna.

Förekomsten av ångest- och/eller depressionsdiagnos i Stockholms län

Kommuner

Andelen 13 till 17-åringar som har fått en diagnos varierar mellan de olika kommunerna i Stockholms län (figur 2; för exakta andelar se tabell 6, bilaga 2).

Förekomsten av ångestdiagnos sammantaget för pojkar och flickor varierar från 0,90 procent i Värmdö kommun till 2,11 procent i Nykvarn. Vad gäller depressionsdiagnos är förekomsten lägst i Sundbyberg (0,29 %) och högst på Ekerö (1,32 %). För dubbeldiagnos är förekomsten lägst i Täby (0,22 %) och högst i Tyresö (0,79 %).

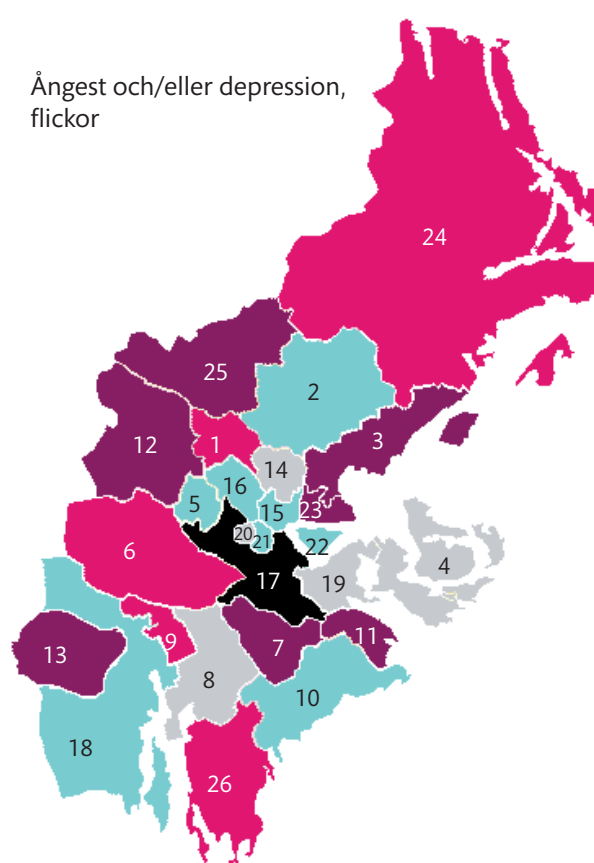
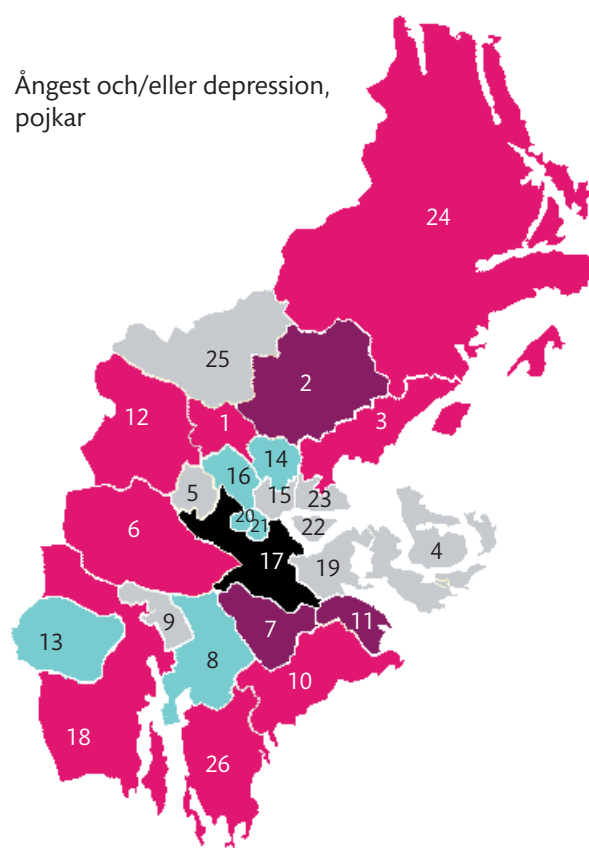
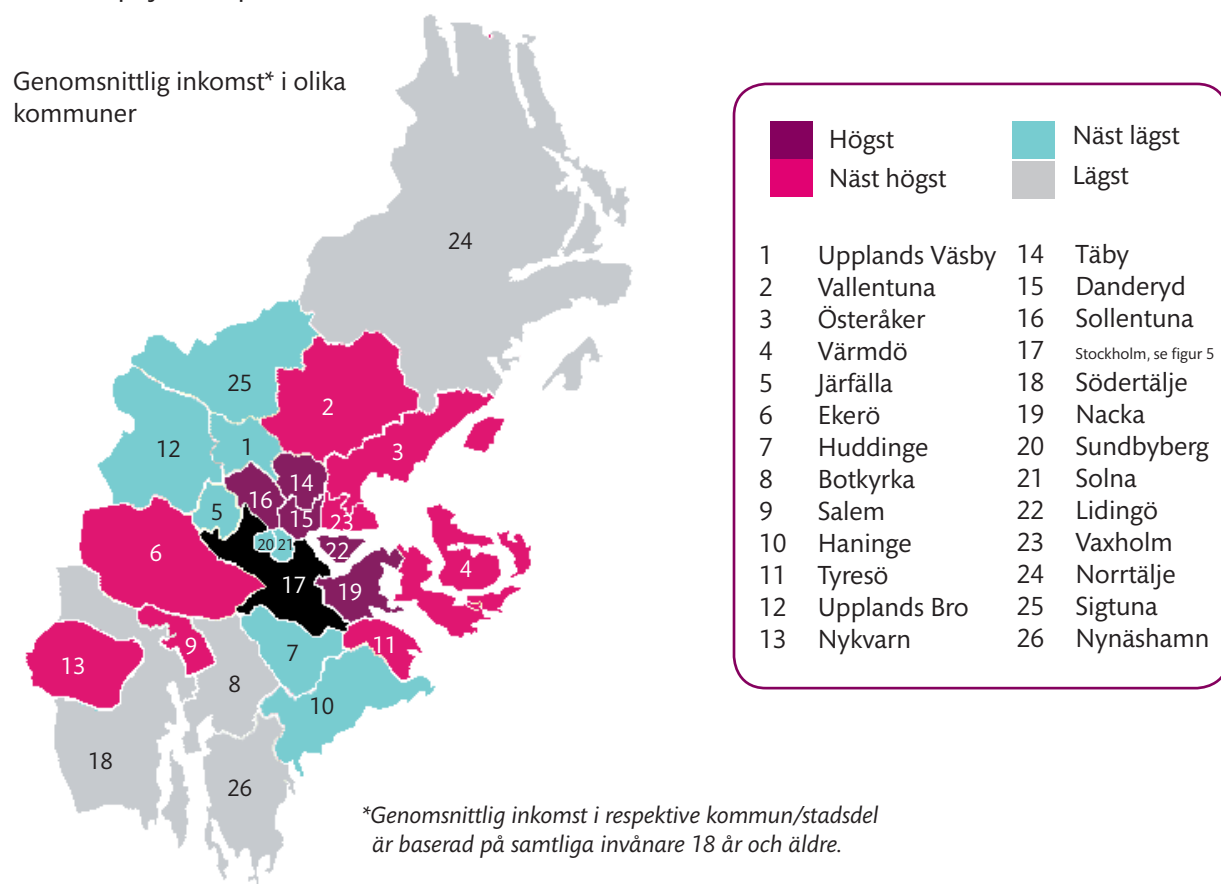
I nästan samtliga kommuner och för samtliga diagnoser är andelen högre för flickor än för pojkar (13–17 år). Ångest är dock vanligare för pojkar i Sundbyberg, depression är vanligare för pojkar i Nykvarn och Salem och dubbeldiagnos är vanligare för pojkar i Nacka och Salem. Ångest är generellt vanligare än depression och de enskilda diagnoserna är vanligare än dubbeldiagnos. Den största skillnaden beträffande ångest, mellan pojkar och flickor, återfinns i Salem. Den minsta återfinns i Sundbyberg. För depression är skillnaderna mellan pojkar och flickor generellt något mindre men störst i Vaxholm och minst i Upplands Väsby.

Bland pojkar återfinns den högsta andelen med ångestdiagnos i Huddinge (1,35 %) och den lägsta i Nynäshamn (0,49 %). Beträffande depression är andelen med diagnos högst i Vallentuna (1,11 %) och lägst i Sundbyberg (0,11 %). Inga pojkar diagnostiserades för dubbeldiagnos i Nykvarn medan Nynäshamn har den högsta andelen (0,49 %).

Bland flickor återfinns den högsta andelen med ångestdiagnos i Nykvarn och Salem (3,18 respektive 3,19 %). Dessa kommuner har dock en låg andel med depression. Lägst andel med ångest har Värmdö (0,90 %). För depression är andelen med diagnos högst för Ekerö (1,74 %) och lägst i Nykvarn (0,23 %). I Salem finns inte några dubbeldiagnostiserade flickor. Huddinge har den högsta andelen (1,45 %).

De flesta kommuner som har högst förekomst (sammantaget för flickor och pojkar) av någon av diagnoserna hör till kommuner med relativt hög, men inte högst, genomsnittlig inkomst (rosa enligt karta). Detsamma gäller även de med lägst förekomst, undantaget Sundbyberg som avviker något beträffande depression (blå enligt karta).

Figur 2. Illustration av genomsnittlig inkomst samt ångest- och/eller depressionsdiagnos bland pojkar respektive flickor, 13–17 år, i Stockholms läns kommuner, 2007.



Stadsdelar

Andelen 13 till 17-åringar som har fått en diagnos i de olika stadsdelarna varierar liksom för kommunerna (figur 3; för exakta andelar se tabell 7, bilaga 2). Också för stadsdelarna är nästan samtliga diagnoser mer förekommande bland flickor än bland pojkar. De enda som avviker, och där förekomsten är större bland pojkar än flickor, är Norrmalm beträffande ångest, Spånga-Tensta och Östermalm för depression och Farsta för dubbeldiagnos. Skillnaderna mellan könen i de senare nämnda stadsdelarna är dock mycket små. Det går också här att urskilja att ångest är vanligare än depression och de enskilda diagnoserna är vanligare än dubbeldiagnos.

För pojkar och flickor ihop varierar förekomsten av ångestdiagnos från 1,00 procent på Östermalm till 1,58 procent i Hägersten-Liljeholmen. För depression varierar andelen med diagnos från 0,36 på Östermalm till 1,33 procent på Norrmalm och för dubbeldiagnos från 0,24 procent i Älvsjö till 0,74 procent på Norrmalm.

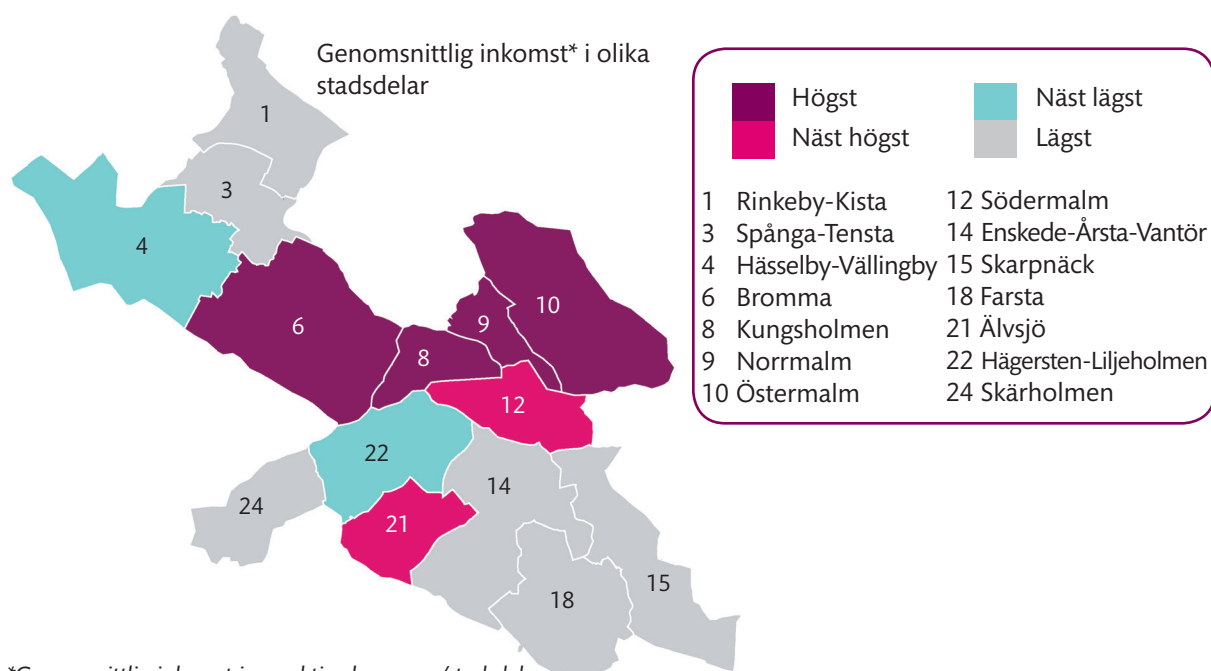
Om man tittar på pojkar och flickor för sig ser det något annorlunda ut. För pojkar är andelen med ångestdiagnos högst på Norrmalm (1,38 %) och lägst i Hässelby-Vällingby (0,49 %). Beträffande depression är andelen med diagnos också högst på Norrmalm (0,99 %) men lägst i Skärholmen (0,25 %). För dubbeldiagnos är andelen högst i Farsta (0,50 %) och lägst i Skärholmen (0,08 %).

För flickor är andelen med ångestdiagnos högst på Kungsholmen (2,24 %) och lägst i Spånga-Tensta (1,20 %). Beträffande depression är andelen med diagnos också högst på Kungsholmen (2,39 %) men lägst på Östermalm (0,36 %). För dubbeldiagnos är andelen flickor högst i Hägersten-Liljeholmen (1,48 %) och lägst i Älvsjö (0,26 %).

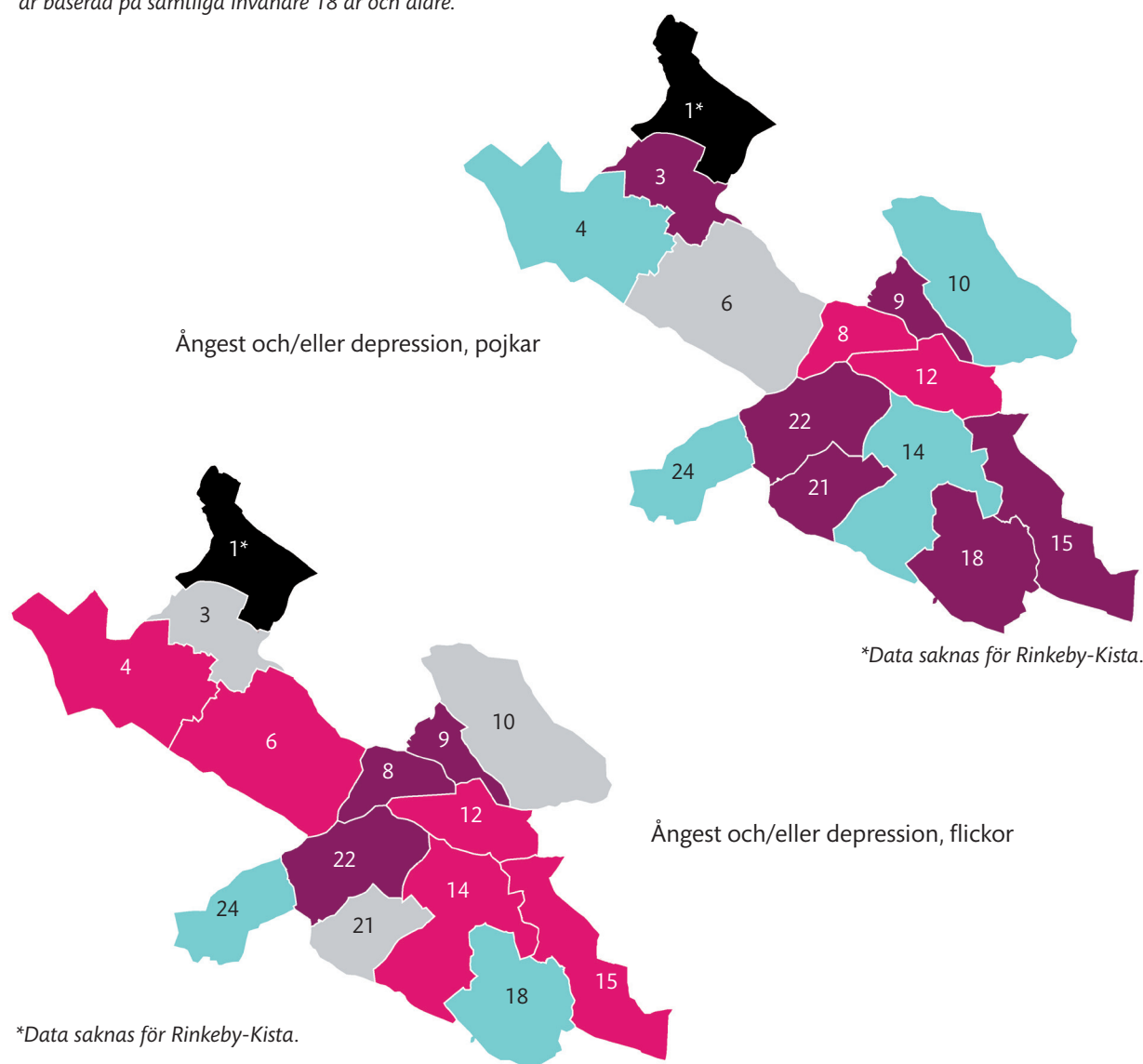
Den största skillnaden beträffande ångest, mellan pojkar och flickor, återfinns på Kungsholmen. Den minsta återfinns på Norrmalm. Skillnaderna är något mindre mellan stadsdelarna än mellan kommunerna. För depression är skillnaderna också störst på Kungsholmen men minst på Östermalm.

Förekomsten i relation till inkomstnivå i de olika stadsdelarna ser tämligen lika ut som för kommunerna. Här hör dock de flesta stadsdelarna, både med högst och lägst nivå av de olika diagnoserna till områden med allra bäst ekonomi. Undantaget är Hägersten-Liljeholmen, med medellåg inkomstnivå (blå enligt kartan) beträffande ångest och Älvsjö, med medelhög inkomstnivå, beträffande dubbeldiagnos (rosa på kartan).

Figur 3. Illustration av genomsnittlig inkomst samt ångest- och/eller depressionsdiagnos bland pojkar respektive flickor, 13–17 år, i Stockholms stads stadsdelar, 2007.



*Genomsnittlig inkomst i respektive kommun/stadsdel är baserad på samtliga invånare 18 år och äldre.



Läkemedelsförskrivning i Stockholms län

Förskrivningen av antidepressiva och lugnande läkemedel bland de med någon av diagnoserna ångest, depression eller både och ser olika ut i olika kommuner och stadsdelar (figur 4 och 5; för exakta andelar se tabell 6 och 7 i bilaga 2). Siffrorna är dock något osäkra eftersom det låga antalet diagnostiserade individer i vissa kommuner/stadsdelar kan resultera i att en enda individ får stor betydelse.

Det är vanligare med förskrivning av antidepressiva läkemedel än lugnande. Ett antal kommuner och stadsdelar har ingen förskrivning alls av lugnande läkemedel, framför allt för pojkar. I flertalet kommuner är det fler flickor som får antidepressiva och lugnande läkemedel än pojkar. I Järfälla, Nykvarn, Sollentuna och Vallentuna är det dock fler pojkar än flickor som får antidepressiva och lugnande läkemedel. I Salem och Täby gäller detsamma men enbart för förskrivning av antidepressiva. För lugnande sker mer förskrivning till pojkar i Danderyd, Sundbyberg, Tyresö och Värmdö.

Vad gäller stadsdelarna är fördelningen snarare det motsatta. Fler pojkar får förskrivning av antidepressiva än flickor (9 av 13 stadsdelar). För lugnande läkemedel är det däremot mer jämnt fördelat. Sju av 13 stadsdelar förskriver mest till pojkar. Enskede-Årsta, Vantör, Hässelby-Vällingby, Kungsholmen, Södermalm och Östermalm har alla en högre förskrivning, av båda läkemedlen, till pojkar. Farsta, Skarpnäck och Älvsjö förskriver mer antidepressiva till pojkar än flickor och Bromma och Skärholmen förskriver mer lugnande till pojkar. Övriga har högre förskrivning till flickor och skillnaderna är oftast mer än fem procentenheter för lugnande. Förskrivningen av antidepressiva varierar från cirka sex till 38 procent för pojkar och från nio till 29 procent för flickor. För lugnande är spridningen från noll till 19 procent bland pojkar och tre till nio procent bland flickor.

Kommuner

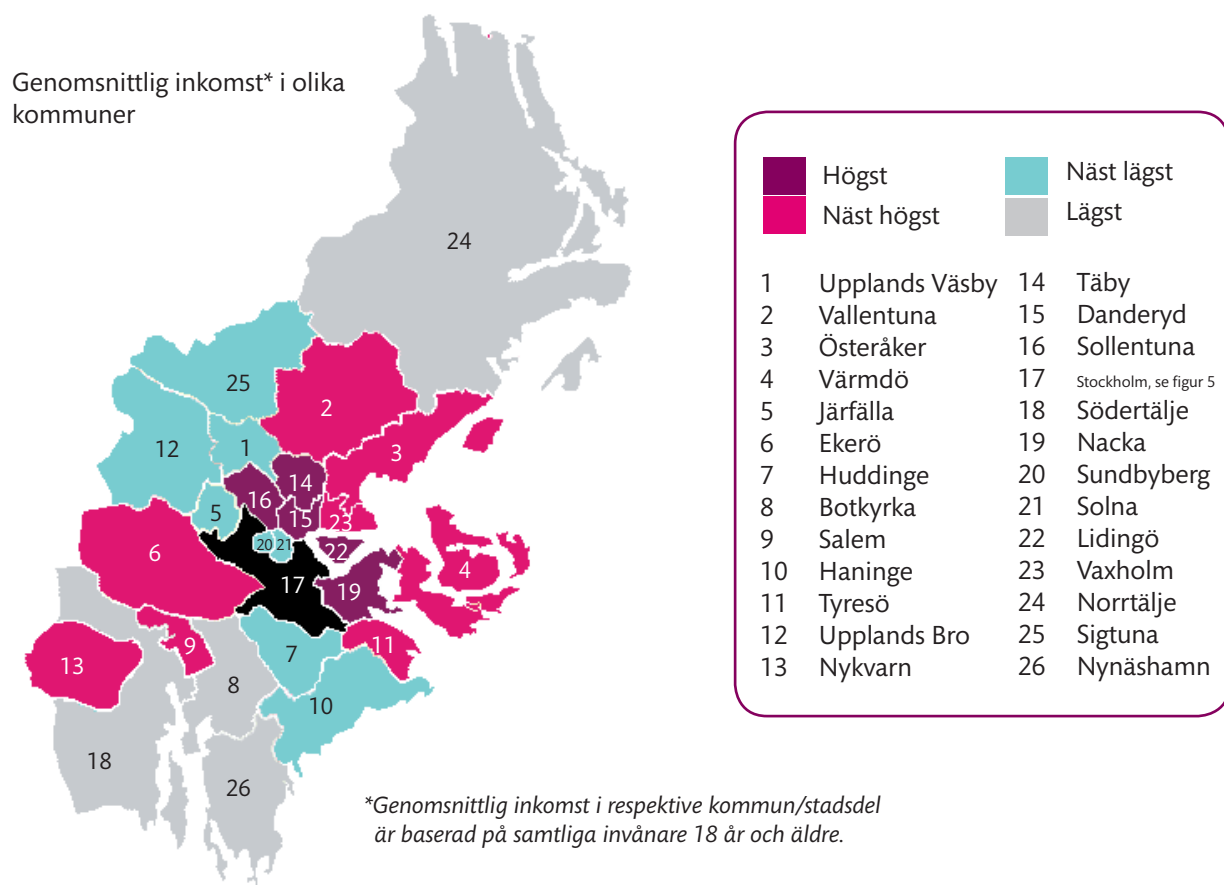
Beträffande antidepressiva läkemedel varierar förskrivningen från 15,07 procent i Huddinge till 36,54 procent i Danderyd. Förskrivning av lugnande läkemedel varierar mellan 0,00 procent i Solna, som är den enda kommunen som inte har någon förskrivning av lugnande, och 13,33 procent i Sundbyberg.

Vid en separat beskrivning av pojkar respektive flickor är förskrivningen av antidepressiva för pojkar högst i Täby (42,86 %) och för flickor högst i Vaxholm (50,00 %). För pojkar är den lägst i Sundbyberg (0,00 %) och för flickor i Salem (8,70 %).

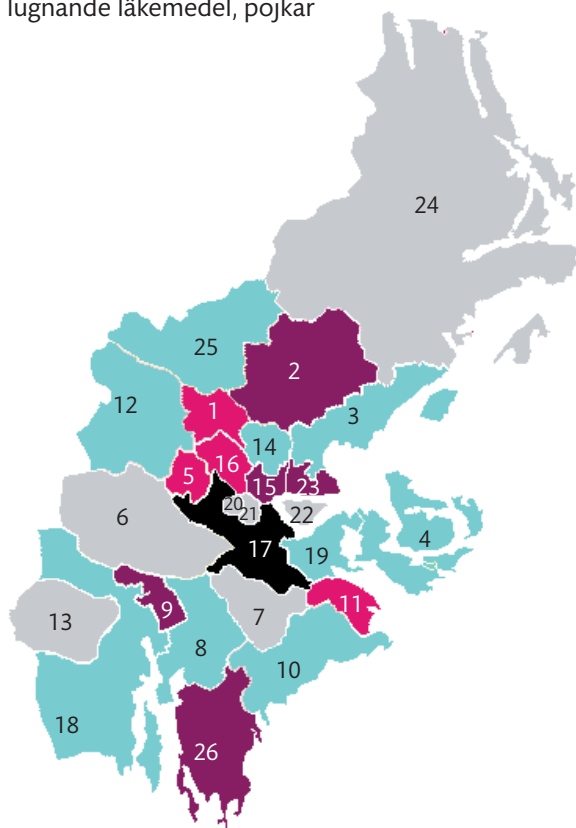
Vad gäller förskrivning av lugnande läkemedel för pojkar separat är den högst i Nykvarn (16,67 %) och för flickor högst i Upplands Väsby (16,67 %). För pojkar är den lägst i Ekerö, Haninge, Huddinge, Lidingö, Nynäshamn, Salem, Sigtuna, Solna, Upplands Bro, Vaxholm och Österåker (0,00 % för samtliga) och för flickor i Solna och Värmdö (båda har 0,00 %).

Inget entydigt mönster kan ses mellan genomsnittlig inkomstnivå i kommunen och förskrivning av läkemedel. De högsta nivåerna av förskrivning av antidepressiva och lugnande har Danderyd respektive Sundbyberg. Danderyd är en kommun med hög inkomstnivå (vinröd enligt kartan) medan Sundbyberg har medellåg (blå enligt kartan). För de kommuner som har den lägsta förskrivningen av antidepressiva och lugnande har båda medellåg inkomstnivå.

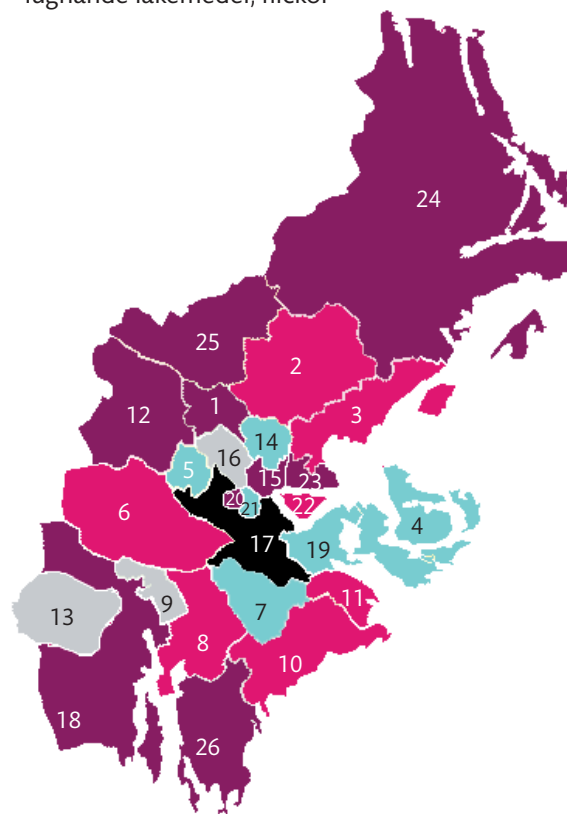
Figur 4. Illustration av genomsnittlig inkomst samt läkemedelsförskrivning bland pojkar respektive flickor med diagnos, 13–17 år, i Stockholms läns kommuner, 2007.



Förskrivning av antidepressiva och/eller lugnande läkemedel, pojkar



Förskrivning av antidepressiva och/eller lugnande läkemedel, flickor



Stadsdelar

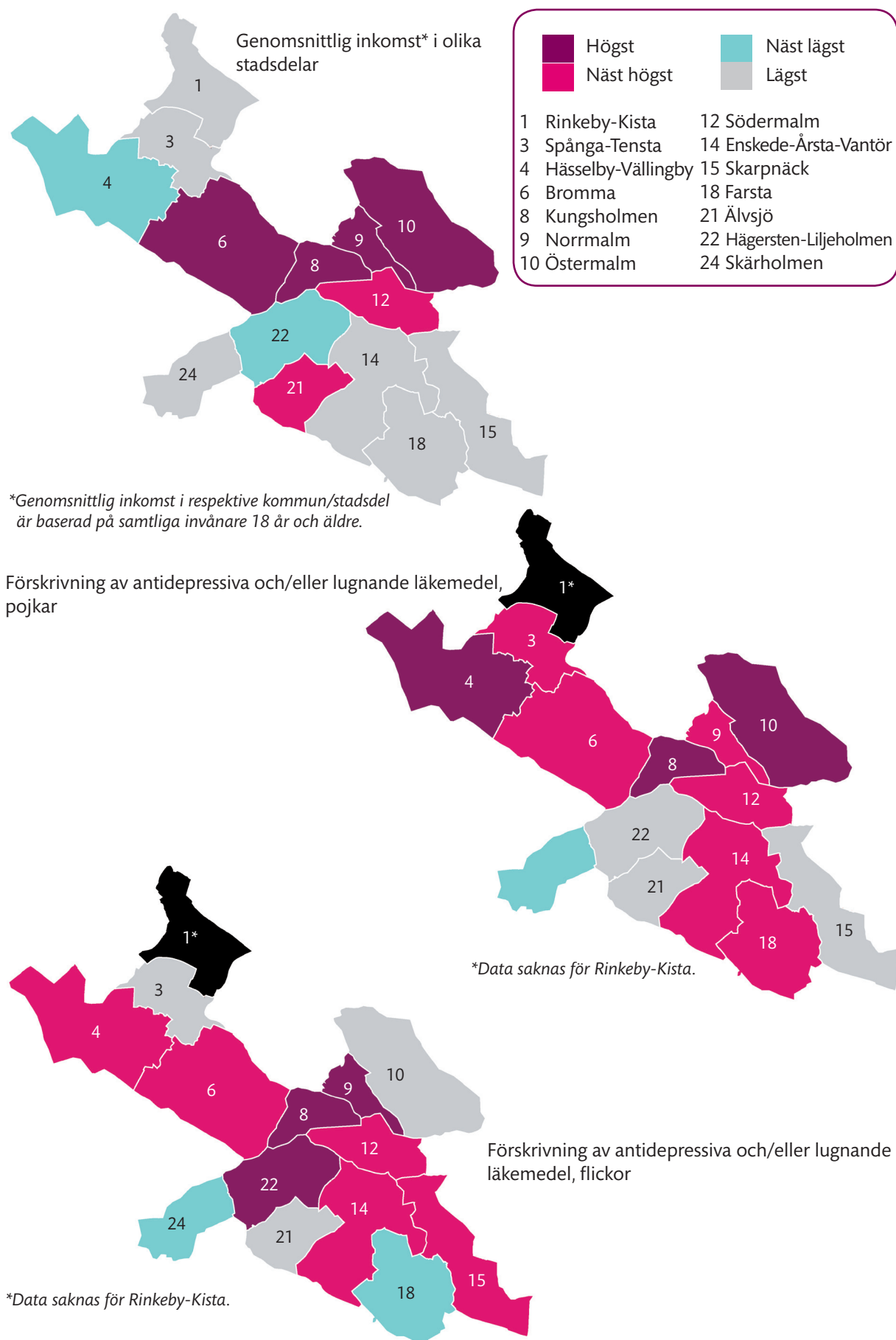
Beträffande antidepressiva läkemedel varierar förskrivningen mellan 10,26 procent i Älvsjö och 27,54 procent på Norrmalm. För förskrivning av lugnande läkemedel varierar procentandelen från 1,37 procent i Farsta till 12,20 procent på Östermalm. I jämförelse med kommunerna är variationen större för antidepressiva mellan kommunerna men liknande den för lugnande.

För antidepressiva läkemedel är förskrivningen för pojkar högst på Kungsholmen (38,46%) och för flickor högst på Norrmalm (29,27%). För pojkar är den lägst i Skärholmen (5,88%) och för flickor i Älvsjö (9,09%).

Vad gäller förskrivning av lugnande läkemedel är den även för pojkar separat högst på Östermalm (18,75%) men för flickor är den högst i Spånga-Tensta (9,38%). För pojkar är det flera stadsdelar som inte har någon förskrivning av lugnande läkemedel (0,00%): Farsta, Norrmalm, Spånga-Tensta och Älvsjö. För flickor sker den lägsta förskrivningen av lugnande på Kungsholmen (2,50%).

Förskrivningen av läkemedel ser något annorlunda ut för stadsdelarna än kommunerna. För samtliga stadsdelar med högst förskrivning av antidepressiva såväl som lugnande är inkomstnivån också den högsta (vinröd enligt kartan). Farsta, som har den lägsta förskrivningen av lugnande har även låg inkomstnivå medan Älvsjö, som har den lägsta förskrivningen av antidepressiva har medelhög inkomstnivå (rosa enligt kartan).

Figur 5. Illustration av genomsnittlig inkomst samt läkemedelsförskrivning bland pojkar respektive flickor med diagnos, 13–17 år, i Stockholms stads stadsdelar, 2007.



Sociala skillnader

Nedan redogörs för sociala skillnader först i förekomst och sedan i sannolikhet att få en diagnos, läkemedelsförskrivning och typ av behandlarkompetens för olika sociala grupper.

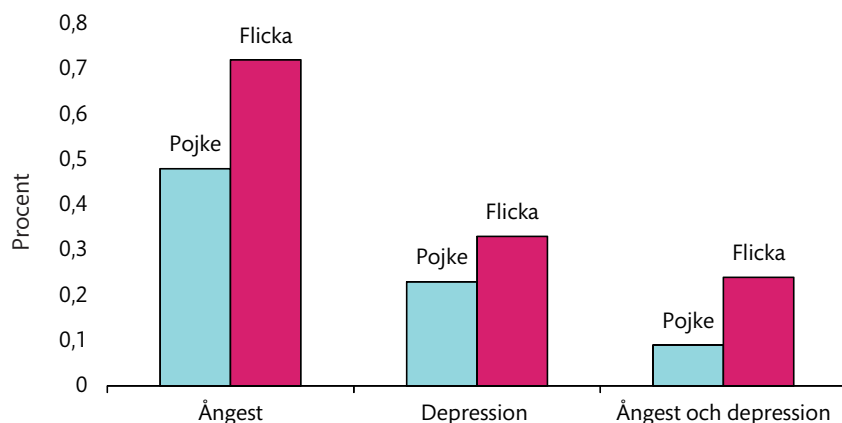
Ålder och förekomst av ångest- och/eller depressionsdiagnos

Bland 13 till 17-åringar sammantaget är andelen med diagnos 1,23 procent för ångest, 0,79 procent för depression och för dubbeldiagnos 0,49 procent. Förekomsten ökar med åldern och den största ökningen sker i tonåren. Bland 17-åringarna har omkring 1,63 procent diagnosen ångest. För depression är motsvarande siffra 1,15 procent och för dubbeldiagnos 0,88 procent.

Före två års ålder är det en mycket låg andel som får någon diagnos alls. Depressionsdiagnos förekommer inte alls för barn under fem år. Se figur 1, sida 11 för information om förekomst i de olika åldrarna.

Kön och förekomst av ångest- och/eller depressionsdiagnos

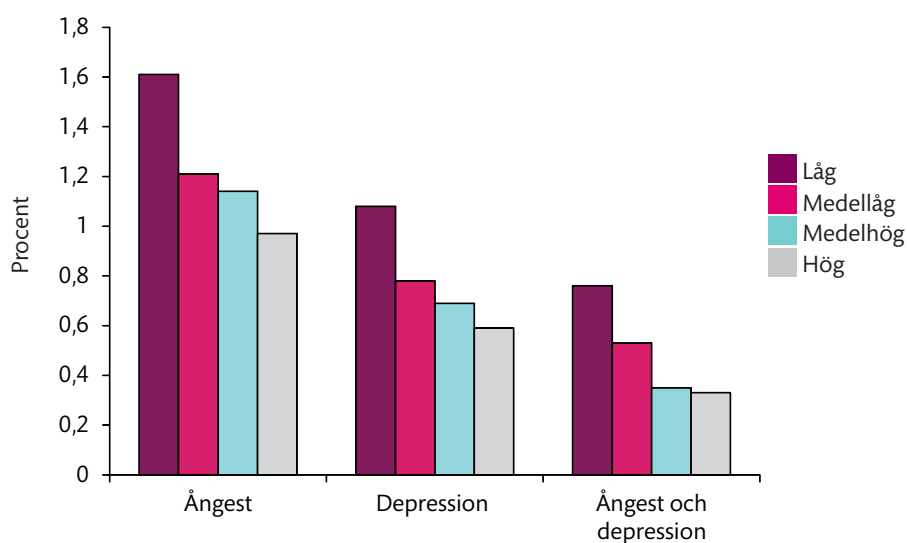
Förekomsten beträffande samtliga diagnoser är högre för flickor än för pojkar. Dubbelt så många flickor diagnostiseras med ångest och dubbeldiagnos jämfört med pojkar. Flickorna har också en högre andel med depressionsdiagnos, men skillnaden där är inte lika stor.



Figur 6. Ångest- och/eller depressionsdiagnos (%) bland flickor och pojkar 13–17 år i Stockholms län, 2007.

Familjens inkomst och förekomst av ångest- och/eller depressionsdiagnos

Förekomst av ångest, depression och dubbeldiagnos är högre ju lägre inkomst familjen har. Bland ungdomar i familjer med låg inkomst är förekomsten av ångestdiagnos 1,61 procent och för de med hög inkomst 0,97 procent. För depression är andelen med diagnos generellt lägre än för ångest. De med låg inkomst har en förekomst på 1,08 procent jämfört med de med hög där förekomsten är 0,59 procent. Dubbeldiagnostisering har den lägsta förekomsten men också för denna diagnos har de ungdomar från familjer med låg inkomst en högre förekomst än de med hög, 0,76 respektive 0,33 procent.



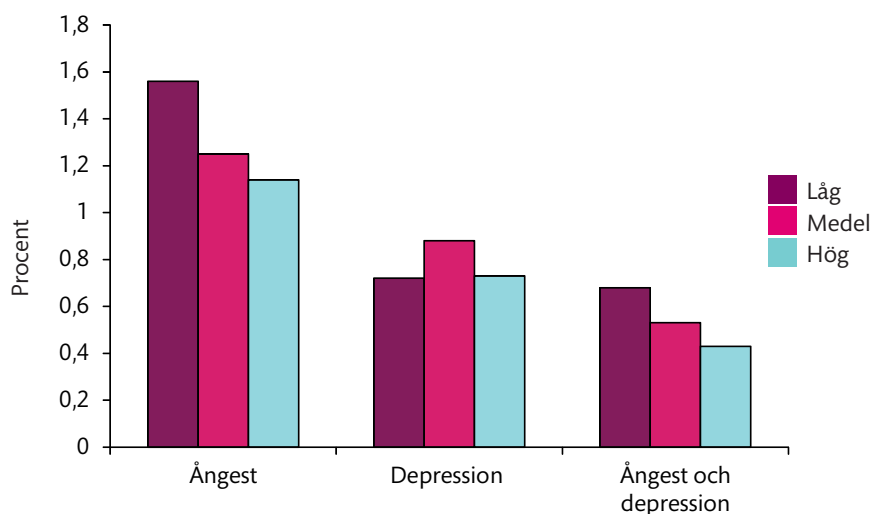
Figur 7. Ångest- och/eller depressionsdiagnos (%) relaterat till familjens inkomst bland ungdomar 13–17 år i Stockholms län, 2007.

Förälders utbildning och förekomst av ångest- och/eller depressionsdiagnos

För ungdomar vars förälder har förgymnasial utbildning har 1,56 procent en ångestdiagnos. Bland ungdomar med föräldrar med gymnasial utbildning är andelen 1,25 procent och för de med föräldrar med eftergymnasial utbildning 1,14 procent.

För depressionsdiagnos ser fördelningen annorlunda ut än för ångest. Ungdomar med föräldrar med låg eller hög utbildning har lägst andel (0,72 respektive 0,73 %) och de med föräldrar som har gymnasial (medel) har högst (0,88 %).

Avseende dubbeldiagnos följer detta samma mönster som för ångest där ungdomar med föräldrar som har högst utbildning har lägst förekomst och de ungdomar med föräldrar som har lägst utbildning har högst förekomst (0,68, 0,53 respektive 0,43 %).



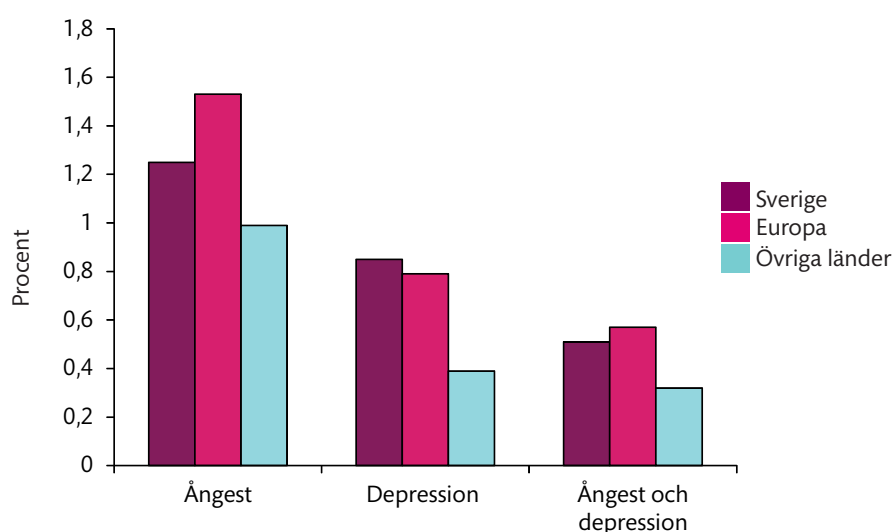
Figur 8. Ångest- och/eller depressionsdiagnos (%) relaterat till förälders utbildning bland ungdomar 13–17 år i Stockholms län, 2007.

Förälders födelseland och förekomst av ångest- och/eller depressionsdiagnos

För ungdomar med minst en förälder född i Sverige har 1,25 procent en ångestdiagnos vilket kan jämföras med de med föräldrar födda någon annan stans i Europa där andelen är något högre, 1,53 procent. För ungdomar med förälder född utanför Europa är dock andelen med ångestdiagnos lägre än i båda de övriga grupperna, 0,99 procent.

För depression är mönstret delvis detsamma. Ungdomar med förälder född utanför Europa har den lägsta andelen, 0,39 procent, med diagnos. Beträffande depression har dock ungdomar med förälder född i Sverige högre andel (0,85 %) än ungdomar med förälder som är född någon annan stans i Europa (0,79 %) även om skillnaderna mellan de sist nämnda grupperna är relativt små.

För dubbeldiagnos ser mönstret lika ut som för enbart ångest, men med något mindre skillnader mellan grupperna (ungdom med förälder född i Sverige: 0,51 %, övriga Europa: 0,57 %, utanför Europa: 0,32 %).



Figur 9. Ångest- och/eller depressionsdiagnos (%) relaterat till förälders födelseland bland ungdomar 13–17 år i Stockholms län, 2007.

Sociala skillnader i risk för ångest- och/eller depressionsdiagnos

Beträffande sannolikheten för olika sociala grupper att få en ångest- och/eller depressionsdiagnos framkom att flickor har ungefär dubbelt så hög risk som pojkar att diagnostiseras med ångest eller depression. För dubbeldiagnos har flickorna lite mer än tre gånger så hög risk att drabbas.

Vidare framkom att det är nästan dubbelt så hög risk att de från familjer med låg inkomst (med hänsyn tagen till kön, förälders utbildning och födelseland) får en ångestdiagnos jämfört med de med hög inkomst. För depression är risken mer än dubbelt så hög för de med låg inkomst än de med hög. Detsamma gäller för dubbeldiagnos.

De ungdomar som har föräldrar med låg utbildning har en något högre risk att diagnostiseras med ångest men ingen ökad risk för depression eller dubbeldiagnos i jämförelse med dem som har föräldrar med hög utbildning. Det finns en underrisk för samtliga diagnoser där ungdomens förälder är född i ett land utanför Europa, justerat för kön, familjens inkomst och förälders utbildning, vilket alltså innebär att sannolikheten att denna grupp diagnostiseras är lägre.

Tabell 2. Prevalenskvot* för ångest- och/eller depressionsdiagnos relaterat till sociala faktorer för ungdomar 13–17 år i Stockholms län, 2007.

	Ångest Prevalenskvot (95% KI)	Depression Prevalenskvot (95% KI)	Ångest och depression Prevalenskvot (95% KI)
Kön			
Pojke	1,00	1,00	1,00
Flicka	1,97 (1,77–2,19)	1,82 (1,59–2,08)	3,29 (2,72–3,98)
Familjens inkomst			
Hög inkomst	1,00	1,00	1,00
Medelhög inkomst	1,22 (1,04–1,44)	1,19 (0,97–1,47)	1,02 (0,76–1,36)
Medellåg inkomst	1,32 (1,11–1,56)	1,50 (1,21–1,86)	1,80 (1,36–2,37)
Låg inkomst	1,77 (1,49–2,11)	2,19 (1,77–2,70)	2,36 (1,80–3,10)
Förälders utbildning			
Hög	1,00	1,00	1,00
Medelhög	1,00 (0,89–1,12)	1,03 (0,90–1,19)	1,03 (0,86–1,24)
Låg	1,27 (1,04–1,55)	0,90 (0,68–1,19)	1,33 (0,98–1,79)
Förälders födelseland			
Sverige	1,00	1,00	1,00
Europa	1,07 (0,88–1,29)	0,76 (0,59–0,99)	0,89 (0,65–1,20)
Övriga länder	0,59 (0,49–0,71)	0,40 (0,31–0,52)	0,42 (0,30–0,57)

*Kön, familjens inkomst, förälders utbildning och förälders födelseland är justerade för varandra.

Sociala skillnader i läkemedelsförskrivning

Sannolikheten för att bli behandlad med läkemedel bland de med ångest- och/eller depressionsdiagnos är högre för flickor än för pojkar när det gäller lugnande läkemedel men inte antidepressiva. Inga skillnader i risk kan ses för någon form av läkemedel beroende på familjens inkomst eller förälders utbildning. För både de med föräldrar födda i annat europeiskt land än Sverige och utanför Europa är sannolikheten lägre för att få antidepressiva läkemedel än för de med föräldrar födda i Sverige, men det är ingen skillnad vad gäller lugnande.

Tabell 3. Prevalenskvot* för läkemedelsförskrivning relaterat till sociala faktorer för ungdomar 13–17 år med ångest- och/eller depressionsdiagnos i Stockholms län, 2007.

	Antidepressiva Prevalenskvot (95% CI)	Lugnande Prevalenskvot (95% CI)
Kön		
Pojke	1,00	1,00
Flicka	1,03 (0,89–1,19)	1,41 (1,03–1,93)
Familjens inkomst		
Hög inkomst	1,00	1,00
Medelhög inkomst	1,08 (0,87–1,35)	1,19 (0,76–1,88)
Medellåg inkomst	1,09 (0,87–1,36)	1,04 (0,64–1,68)
Låg inkomst	0,98 (0,77–1,24)	1,33 (0,83–2,12)
Förälders utbildning		
Hög	1,00	1,00
Medelhög	0,88 (0,76–1,03)	1,01 (0,74–1,37)
Låg	0,99 (0,75–1,30)	1,20 (0,74–1,97)
Förälders födelseland		
Sverige	1,00	1,00
Europa	0,65 (0,47–0,90)	0,97 (0,58–1,64)
Övriga länder	0,39 (0,26–0,59)	0,95 (0,57–1,59)

*Kön, familjens inkomst, förälders utbildning och förälders födelseland är justerade för varandra.

Sociala skillnader i behandlarkompetens

Det finns inga stora skillnader mellan pojkar och flickor avseende sannolikheten att bli behandlad av psykolog, läkare, kurator eller annan personal även om den är något högre för flickor vad gäller att träffa psykolog, kurator eller annan vårdgivare än för pojkarna och lägre vad gäller läkarbesök. Inga stora skillnader kan heller ses avseende typ av behandlarkompetens i relation till familjens inkomst, men till exempel ungdomar i familjer med medelhög inkomst har en lägre sannolikhet att behandlas av annan personal än psykolog, läkare och kurator medan de med medellåg inkomst har något högre sannolikhet att behandlas av kurator eller annan personal, jämfört med de med hög inkomst.

De ungdomar vars föräldrar har låg eller medelhög utbildning har lägre sannolikhet att bli behandlade med samtliga typer av kompetens än de som har föräldrar med hög utbildning. Störst är skillnaden för de med föräldrar med låg utbildning gällande att träffa läkare och annan personal. Även bland ungdomar med föräldrar födda utanför Sverige är sannolikheten att behandlas lägre beträffande samtliga kategorier av kompetens, undantaget kuratorkompetens för de med föräldrar födda utanför Europa. Sannolikheten att få träffa läkare är märkbart lägre bland de med föräldrar födda utanför Europa. Även sannolikheten att få träffa annan vårdgivare än läkare, kurator eller psykolog är lägre bland ungdomar med föräldrar både från Europa och från övriga världen, i jämförelse med de med föräldrar födda i Sverige.

Tabell 4. Prevalenskvot* för typ av behandlarkompetens relaterat till sociala faktorer för ungdomar 13–17 år med ångest- och/eller depressionsdiagnos i Stockholms län, 2007.

	Psykiologbesök Prevalenskvot (95% KI)	Läkarbesök Prevalenskvot (95% KI)	Kuratorbesök Prevalenskvot (95% KI)	Annan Prevalenskvot (95% KI)
Kön				
Pojke	1,00	1,00	1,00	1,00
Flicka	1,06 (1,04–1,07)	0,97 (0,95–0,99)	1,06 (1,05–1,08)	1,13 (1,10–1,17)
Familjens inkomst				
Hög inkomst	1,00	1,00	1,00	1,00
Medelhög inkomst	1,00 (0,98–1,02)	1,05 (1,02–1,08)	0,97 (0,95–0,99)	0,80 (0,77–0,84)
Medellåg inkomst	0,97 (0,95–0,99)	1,08 (1,05–1,10)	1,12 (1,10–1,15)	1,22 (1,17–1,26)
Låg inkomst	1,01 (0,99–1,03)	1,01 (0,98–1,03)	1,04 (1,01–1,06)	0,93 (0,89–0,97)
Förälders utbildning				
Hög	1,00	1,00	1,00	1,00
Medelhög	0,96 (0,95–0,97)	0,90 (0,88–0,91)	0,99 (0,98–1,00)	0,93 (0,90–0,96)
Låg	0,95 (0,93–0,98)	0,87 (0,83–0,90)	0,92 (0,89–0,94)	0,81 (0,77–0,86)
Förälders födelseland				
Sverige	1,00	1,00	1,00	1,00
Europa	0,96 (0,93–0,98)	0,91 (0,88–0,94)	0,90 (0,87–0,93)	0,69 (0,65–0,73)
Övriga länder	0,94 (0,91–0,96)	0,75 (0,71–0,78)	1,03 (1,00–1,05)	0,82 (0,78–0,87)

*Kön, familjens inkomst, förälders utbildning och förälders födelseland är justerade för varandra.

Diskussion

Geografiskt visade det sig att andelen 13 till 17-åringar som har fått en diagnos varierar mellan de olika kommunerna och de olika stadsdelarna. Tidigare studier har inte påvisat skillnader i förekomst beroende på om man bor på landsbygd eller i stad. I denna rapport redogörs främst för olika stadsmiljöer. Det går inte att slå fast om förekomsten generellt är högre i Stockholms stadsdelar än i de mindre centrala kommunerna då variationerna är stora.

Enligt Stockholms läns landstings årsrapport (SLL 2004) är BUP:s resurser ojämnt fördelade över länet. Norra Stockholm och sydvästra länsdelen har en lägre ersättning för lokal verksamhet än övriga delar av länet. Denna rapport visar inget tydligt samband mellan BUP:s resursfördelning och andel med diagnos i de olika områdena. Inte heller kan ett tydligt samband ses mellan BUP:s resursfördelning och den genomsnittliga inkomsten i kommuner och stadsdelar.

Rapporten visar att diagnosförekomsten (sammantaget för alla diagnoser) bland kommuner är högst i Huddinge som ligger i sydväst och har medellåg inkomstnivå. Vad gäller stadsdelar är förekomsten högst på Kungsholmen, ett område med hög inkomstnivå. Förskrivningen av läkemedel bland de med diagnos är högst i Sundbyberg och Danderyd och på Östermalm och Norrmalm. Flertalet av dessa områden i Stockholms län har höga inkomstnivåer och ingen av dem ligger tydligt i sydväst eller norr. Pojkar på Norrmalm och flickor på Kungsholmen har högst andel diagnostiserade med depression och ångest (dock ej dubbeldiagnoser). På Kungsholmen är det också flest som får antidepressiva läkemedel utskrivna vid diagnos. Generellt sett följs emellertid inte detta åt. Högst andel lugnande bland de med diagnos skrivs ut på Östermalm, men där redovisas bland den lägsta förekomsten av ångest- och depressionsdiagnos. I andra områden där förekomsten av ångest och/eller depression är hög är förskrivningen av läkemedel bland de med diagnos inte motsvarande hög. I till exempel Huddinge finns den högsta andelen pojkar med ångestdiagnos och högsta andelen flickor med dubbeldiagnos, men förskrivning av lugnande till pojkar är 0 procent och förskrivningen av antidepressiva till pojkar och flickor sammantaget är den lägsta i alla kommuner. Områden med höga inkomstnivåer verkar följaktligen skriva ut mer medicin än de med låga inkomstnivåer vilket dock inte behöver betyda att ohälsan där är större.

Det bör noteras att det vid jämförelsen av områden är så få personer i vissa av dessa områden som fått en diagnos att en enda person kan utgöra en relativt hög procentandel, vilket i sin tur gör dessa siffror i viss mån osäkra. Om de föreskrivna läkemedlen hämtas ut och faktiskt intas är en annan aspekt som är oklar.

Som väntat förekommer, vilket bland annat Mackenbach (2006) också påpekar, problem avseende mental hälsa oftare bland grupper med lägre socioekonomisk status. I denna rapport framkom att ju högre inkomst familjen har desto lägre risk att diagnostiseras. Vad gäller föräldrarnas utbildning kan inte samma tydliga mönster iakttas, men det finns en något ökad risk för ångestdiagnos bland de med föräldrar med låg utbildning. Resultaten från tidigare studier går isär. Molarius et al (2009) hittar inget samband mellan utbildningsnivå (som enda variabel för SES) och ångest eller depression bland vuxna, medan andra har funnit samband vad gäller förstämning, om än inte ångest, och lägre socioekonomisk status (Lemstra et al 2008; Amone-P'Olak et al 2009; Mossakowski et al 2009). Olikheterna kan eventuellt förklaras av olika sätt att mäta socioekonomisk status. Föräldrarnas utbildning var emellertid tydligt relaterat till typ av behandlarkompetens vid besök på BUP. De ungdomar vars föräldrar har låg eller medelhög utbildning har lägre sannolikhet att bli behandlade med samtliga typer av kompetens än de som har föräldrar med hög utbildning.

Vidare verkar föräldrarnas födelseland ha betydelse för sannolikheten att få en ångest- och/eller depressionsdiagnos. De med föräldrar födda utanför Europa hade en märkbart lägre risk än de

med föräldrar födda inom Europa. Även sannolikheten att bli förskriven antidepressiva läkemedel vid diagnos var tydligt lägre bland ungdomar med föräldrar födda utanför Europa och även i viss mån bland ungdomar med föräldrar födda i Europa, men utanför Sverige. Ungdomar med föräldrar födda utanför Europa hade dessutom lägre sannolikhet att få träffa en läkare vid något av sina besök vid BUP.

Denna rapport visar också att förekomsten av ångest och depression ökar i tonåren vilket har visats även i andra studier (SBU 2004; Fombonne 1998; Gould & Kramer 2001). Den visar också att förekomsten av alla diagnoser är vanligare bland flickor än pojkar vilket överensstämmer väl med tidigare studier. För psykisk ohälsa har sociala skillnader avseende kön en särskild betydelse eftersom detta är så nära sammanlänkat med familjelivet vilket i sin tur har en central roll för våra liv och psykiska välmående (Williams 2005). Det kan dock vara så att förutsättningar, såsom ekonomiska, samhällsrelaterade och kulturella, har större betydelse för hälsoutvecklingen än biologiskt kön (Sen, George & Östlin 2002). Andra argumenterar för att det inte finns några könsskillnader i psykisk hälsa utan att skillnader istället förklaras av olika kontextuella förhållanden (Jeanneau 2003). Ytterligare en förklaring till varför fler flickor lider av depression är att deras självkänsla ofta minskar i puberteten och god självkänsla kan skydda mot depression (Wasserman 2003). De diagnostiska kriterierna har också kritiserats för att vara mer anpassade till hur kvinnor uttrycker sig än män (Landén & Elert 2007). Om paralleller kan dras till yngre flickor och pojkar är oklart då barn och ungdomar generellt kan uttrycka sina symtom något annorlunda än vuxna (Wasserman 2003). Det kan också vara så att flickor har lättare att uttrycka sina symtom till omgivningen. Hos pojkar kan det istället vara så att symtomen i högre grad döljs bakom alkoholmissbruk eller asociala beteenden. Alkoholmissbruk och liknande diagnoser som till viss del kan anses vara mer klassiska pojkdagnoser är inte något som undersökts i denna rapport, men planer finns på att studera detta i kommande arbeten.

Psykisk ohälsa kan vara orsakat av både sociala faktorer och biologiskt arv (SBU 2004). I denna rapport har inte hänsyn tagits till om någon eller båda av ungdomarnas föräldrar har eller har haft någon psykisk sjukdom, inklusive ångest och depression. Det går därför inte att vara säker på om skillnaderna i ångest- och/eller depressionsförekomst bland ungdomar från olika sociala grupper beror på att psykisk sjukdom hos föräldern lett till både större risk för psykisk sjukdom hos ungdomen genom biologiskt arv och lägre socioekonomisk status, eller på att mindre fördelaktig socioekonomisk status faktiskt lett till högre risk för ångest och/eller depression hos ungdomen.

Ytterligare en aspekt är att socioekonomiska skillnader i hälsa eventuellt inte är lika entydigt bland barn och ungdomar som bland vuxna och äldre där sådana skillnader påträffats (Mackenbach 2006). Bland barn är det troligen mer tydligt än bland ungdomar vilket för ungdomar kan bero på övergången mellan familjens socioekonomiska status till en egen.

I denna rapport beskrivs ångest och depression separat samt dubbeldiagnosen ångest och depression. Det är dock viktigt att beakta att ångest och depressioner kan vara uttryck för samma typ av underliggande biologisk sårbarhet (Wasserman 2003). Det skulle kunna handla om samma sjukdom även om uttrycken för sjukdomen kan variera. Det är svårt att dra skillnad mellan symptomdiagnoserna ångest och depression eftersom ångest är vanligt vid egentlig depression och en viss nedstämdhet ofta finns vid primär ångest. Enligt Olino et al (2008) förklaras samsjukligheten mellan depression och ångest bäst av att det finns en kombination av likartade men också sjukdomsspecifika orsaker samt att dessa är stabila från barndom till ung vuxen.

Förekomsten av ångest och depression är sannolikt underskattad i den här rapporten då det i vårdregistren finns besök och kontakter som saknar diagnos. En möjlig förklaring till denna underdiagnostisering kan vara att man inte gärna ställer diagnos på barn (Wasserman 2003) samt att det kan finnas risk för feldiagnostisering.

Benägenheten att diagnostisera kan även skilja sig mellan olika kommuner och stadsdelar, vilket gör jämförelsen mellan dessa osäker. BUP-data saknas till exempel helt från Rinkeby-Kista samt från Erikastiftelsen på Norrmalm, troligen beroende på brister i rapporteringen (en redogörelse för förekomst och risk för Rinkeby-Kista gjordes därför inte). Det är också möjligt att det på samma vårdmottagning finns olika benägenhet att diagnostisera ungdomar beroende på deras sociala karakteristika vilket även gör skillnader i förekomst mellan olika sociala grupper svårtolkade. Dessutom är det tänkbart att ungdomar från olika sociala grupper är olika benägna att söka vård – ett fenomen som är troligare gällande psykiska diagnoser än somatiska – vilket också bidrar till svårigheter med att tolka skillnaderna mellan socialgrupper. För att få en mer korrekt siffra på prevalens, både total och för olika sociala grupper, behövs studier som bygger på information från ungdomarna själva, som tillägg till informationen från vårdregister.

Referenser

- Allgulander C. (2008). Introduktion till klinisk psykiatri. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (2005). Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och kultur.
- Amone-P'Olak, Burger, Ormel, Huisman, Verhulst, Oldehinkel. (2009). Socioeconomic position and mental health problems in pre-and early-adolescents. *Soc Psychiatry psychiatr epidemiol* 44:231–238.
- Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). (2009). Depressionssjukdom och ångestsyndrom: Praxis i Stockholms läns landsting. Presentation på Seminariet Nya nationella riktlinjer Depressionssjukdom och ångestsyndrom, 26 mars, 2009. Tillgänglig: <http://www.slso.sll.se/upload/CePF/Konferenser/BUP%20praxis.pdf> (2010-10-01).
- Caspi A et. al (2003). Influence of Life Stress on Depression: Moderation in the 5-HTT Gene. *Science* 301: 386–389.
- Dahlgren, G. och Whitehead M. (2006). Levelling up (Part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequalities in health. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health.
- Danielsson M, Bitterman D (2004). Folkhälsa och sociala förhållanden. Lägesrapport 2003. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Fombonne E. (1998). Increased rates of psychosocial disorders in youth. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248:14–21.
- Försäkringskassan (2007). Nybeviljade sjukersättningar/aktivitetsersättningar. Fördelning på län och diagnos, 2006–2007. Statistik 2007:2.
- Geyer S, Hemström Ö, Peter R, Vågerö D. (2006). Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *J Epidemiol Community Health*; 60:804–810.
- Grunevald. (2000). Psykiska Handikapp: Liber förlag.
- Gould MS, Kramer RA. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide and Life-threatening Behaviour*, 31:6–31.
- Jeanneau, M. (2003). Kvinnors psykiska ohälsa i aktuell svensk forskning. Samhällsmedicin. Enheten för psykisk hälsa. Rapport 2003.3. Ormbergstryck.
- Landén, M. och Elert, C. (2007). Affektiv sjukdom drabbar kvinnor och män olika. Inte bara prevalens utan även symtom och behandlingssvar tycks skilja sig åt. *Läkartidningen*.104:29–31.
- Lemstra M, Neudorf C, D'Arcy C, Kunst A, Warren L, Bennett R. (2008). A systematic review of depressed mood and anxiety by SES in youth aged 10–15 years. *Can J Public Health*; 99:125–9.
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Murray CJ. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* 27;367: 1747–57.
- Larsson B, Melin L. (1992). Prevalence and short-term stability of depressive symptoms in school children. *Acta Psychiatr Scand*; 85 (1): 17–22.
- Larsson B, Melin L. (1990). Depressive Symptoms in Swedish Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*; 18, (1), 91–103.
- Lemstra M. (2008). A systematic review of depressed mood and anxiety by SES in youth aged. *Can J Public Health*; 99(2):125.
- Mackenbach J.P. (2006). Health Inequalities: Europe in Profile. An independent, expert report commissioned Presidency of the EU. (Elektronisk). Department of Public Health University Medical Center Rotterdam. Tillgänglig: www.dh.gov.uk/publications (2010-06-22).
- Miech RA, Caspi A, Moffit TE, Wright BR, Silva PA. (1999). Low socioeconomic status and mental disorders: A longitudinal study of selection and causation during adulthood. *American Journal of sociology* 104 (4) 1096–1131.
- Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Eriksson HG, Lindén-Boström M, Persson C, Sahlqvist L, Starrin B, Ydreborg B. (2009). Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors—a population-based study in Sweden. *BMC Public Health*, 9:302.

- Mossakowski, K. Diccectin (2008). The Influence of Race, Ethnicity, and Socioeconomic Status on Mental Health in Young Adulthood. *Research on ageing*; 30, 649–671.
- Månsdotter, A. (2009). Jämställdhet och folkhälsa. Ett kunskapsunderlag. Karolinska Institutets folkhälsoakademi. Rapport 2009.5. Solna: KFA.
- Murray CJ, Lopez AD. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global burden of disease study. *Lancet*;349:1436–42.
- Olino TM, Klein DN, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR (2008). Longitudinal associations between depressive and anxiety disorders: a comparison of two trait models. *Psychological Medicine* 38, 353–363.
- Olsson, G., von Knorring, A. (1999). Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatr Scand*, 99(5), 324–331.
- Paxton R, Valois R, Watkins K, Huebner ES, Drane JW. (2007). Sociodemographic Differences in Depressed Mood: Results From a Nationally Representative Sample of High School Adolescents. *Journal of School Health*; 77 (4) 180–186.
- Ravens-Sieberer U, Nora Wille N, Erhart M, Nickel J, Richter M. (2008). Socioeconomic inequalities in mental health among adolescents in Europe. In: Social cohesion for mental well-being among adolescents. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Regeringen. (2007). En förnyad folkhälsopolitik. Prop. 2007/08:110.
- SBU. (2004). Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Rapport 3. Stockholm: SBU.
- Schön, Denhov och Topor (2009). Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*. 55 (4), 336–347.
- Sen, G., George, A., & Östlin, P. (2002). (Red.). Engendering international health. The challenge of Equity. Cambridge, Massachusetts. London England: A Bradford Book. The MIT Press.
- SLL (2004). Årsrapport 2004. Medicinskt programarbete. Programområde Barnsjukvård.
- Nilsson KW, Leppert J. (2005). Obesity, shame, and depression in school-aged children: a population-based study. *Pediatrics*. 1; 116 (3) 389–92.
- Socialstyrelsen (2009a). Folkhälsorapport 2009. Västerås: Edita Västra Aros.
- Socialstyrelsen (2009b). Läkemedelsförsäljningen i Sverige–analys och prognos april 2009. (Elektronisk) Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se (2010-06-22).
- Statens offentliga utredningar (SOU). (2006). Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. SOU 2006:77. Stockholm: Fritzes.
- Statistiska centralbyrån (2000). SUN 2000: Svensk utbildningsnomenklatur. Standard för klassificering av svensk utbildning. Stockholm: statistiska centralbyrån.
- Tew, J. (ed.) (2005) Social perspectives in Mental Health. Developing Social Models to understand and Work with Mental Distress. London: Jessica Kingsley Publishers.
- TLV (2009). Genomgången av läkemedel mot depression En sammanfattning Författare: Medicinsk utredare Anders Wessling, hälsoekonom Joakim Ramsberg. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket TLV.
- Wasserman, D. (2003). Depression : en vanlig sjukdom. Symptom, orsaker och behandlingsmöjligheter. Stockholm: Natur och Kultur.
- Williams, J. (2005). Women's Mental Health. Taking Inequality into Account. In: Tew, J. Social perspectives in Mental Health. Developing Social Models to understand and Work with Mental Distress. Jessica Kingsley Publishers: London.
- WHO. (2001). The world health report. Mental health, new understanding, new hope. (Elektronisk) Geneva: World health organization. Tillgänglig: <http://who.int/whr/2001/en> (2010-06-22).
- Zubin, J. och Spring B. (1977). Vulnerability—a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 86 (2), 103–124.
- Zwirs, Burger, Schulper, Wixnitxer, Fedder, Buitelaar (2007). Prevalence of psychiatric disorders among children of different ethnic origin. *J Abnorm Child Psychol.*;35(4):556–66.

Bilagor

Bilaga 1. Diagnoser

Tabell 5. DSM kluster och ICD-10 koder för ångest- och depressionsdiagnoser beroende på vårdform.

	BUP öppenvård	Barnmedicin, sjukhus, BUP slutenvård	Primärvård
	DSM kluster	ICD-10	ICD-10
Ångest	Ångestsyndrom	F40-43	F40-43
	Tvångssyndrom		
	Posttraumatiskt stressyndrom		
		F48:0,8,9	F48:0,8,9
		F93:0,1,2,3	
		Fobiska syndrom	Fobiska syndrom
		Andra ångestsyndrom	Andra ångestsyndrom
		Tvångssyndrom	Tvångssyndrom
		Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress
		Andra neurotiska syndrom	Andra neurotiska syndrom
		Emotionella störningar med debut särskilt under barndomen	
Depression	Förstämningssyndrom	F30-39	F30-39
		Förstämningssyndrom	Förstämningssyndrom

Bilaga 2. Frekvenstabeller för geografiska skillnader

Tabell 6. Ångest- och/eller depressionsdiagnos samt läkemedelsförskrivning (%) bland ungdomar 13–17 år i Stockholms läns kommuner, 2007.						
	Ångest (%)	Depression (%)	Dubbeldiagnos (%)	Ingen diagnos (%)	Antidepressiva läkemedel vid diagnos (%)	Lugnande läkemedel vid diagnos (%)
Botkyrka						
Pojke	0,24	0,48	0,24	98,39	14,90	4,26
Flicka	1,31	0,74	0,85	97,10	20,73	6,10
Pojke och flicka	1,10	0,61	0,54	97,76	18,60	5,43
Danderyd						
Pojke	0,70	0,43	0,17	98,70	26,67	13,33
Flicka	1,38	1,20	0,83	96,59	40,54	8,12
Pojke och flicka	1,03	0,81	0,49	97,67	36,54	9,62
Ekerö						
Pojke	0,73	0,91	0,00	98,36	5,56	0,00
Flicka	1,28	1,74	0,64	96,33	20,00	10,00
Pojke och flicka	1,00	1,32	0,32	97,35	15,52	6,90
Haninge						
Pojke	0,84	0,35	0,42	98,38	21,74	0,00
Flicka	1,38	1,19	0,71	96,73	25,00	5,69
Pojke och flicka	1,10	0,76	0,56	97,58	23,88	3,73
Huddinge						
Pojke	1,35	0,80	0,14	97,70	11,25	0,00
Flicka	1,67	1,17	1,45	95,71	17,27	6,48
Pojke och flicka	1,50	0,98	0,77	96,70	15,07	5,94
Järfälla						
Pojke	0,59	0,55	0,17	98,69	22,58	16,13
Flicka	1,61	1,13	0,66	96,60	15,28	11,11
Pojke och flicka	1,07	0,82	0,40	97,70	17,48	12,62
Lidingö						
Pojke	0,54	0,48	0,27	98,71	5,27	0,00
Flicka	1,52	0,65	0,94	96,89	25,58	11,63
Pojke och flicka	1,01	0,56	0,60	97,83	19,35	8,06
Nacka						
Pojke	0,79	0,30	0,26	98,65	14,63	2,44
Flicka	1,47	0,66	0,21	97,66	20,90	4,48
Pojke och flicka	1,12	0,47	0,24	98,17	18,52	3,70
Norrtälje						
Pojke	0,79	0,79	0,05	98,37	12,12	6,06
Flicka	1,76	1,31	0,50	96,42	28,17	14,09
Pojke och flicka	1,27	1,05	0,27	97,40	23,08	11,54
Nykvarn						
Pojke	1,04	0,52	0,00	98,43	33,33	16,67
Flicka	3,18	0,27	0,53	96,02	13,33	6,67
Pojke och flicka	2,11	0,39	0,26	97,24	19,05	9,52
Nynäshamn						
Pojke	0,49	0,79	0,39	98,32	29,41	0,00
Flicka	1,82	0,85	1,18	96,15	33,33	8,33
Pojke och flicka	1,13	0,82	0,77	97,28	32,08	5,66
Salem						
Pojke	0,59	0,59	0,15	98,66	33,33	0,00
Flicka	3,19	0,48	0,00	96,33	8,70	4,35
Pojke och flicka	1,85	0,54	0,08	97,54	15,63	3,13

Fortsättning nästa sida

Fortsättning tabell 6. Ängest- och/eller depressionsdiagnos samt läkemedelsförskrivning (%) i Stockholms läns kommuner.

Sigtuna						
Pojke	0,60	0,40	0,07	98,93	18,75	0,00
Flicka	1,72	1,19	0,97	96,12	32,70	7,70
Pojke och flicka	1,13	0,77	0,49	97,61	29,41	5,88
Sollentuna						
Pojke	0,72	0,60	0,17	98,51	25,71	11,42
Flicka	1,76	1,11	0,56	96,57	13,51	4,05
Pojke och flicka	1,22	0,84	0,35	97,58	17,43	6,42
Solna						
Pojke	0,80	0,64	0,16	98,41	10,00	0,00
Flicka	1,52	1,26	0,42	96,80	23,69	0,00
Pojke och flicka	1,15	0,94	0,29	97,63	18,97	0,00
Stockholm						
Pojke	0,93	0,54	0,31	98,22	Se stadsdelar	Se stadsdelar
Flicka	1,65	1,05	0,82	96,47	Se stadsdelar	Se stadsdelar
Pojke och flicka	1,28	0,79	0,56	97,37	18,82	5,90
Sundbyberg						
Pojke	1,14	0,11	0,34	98,41	0,00	14,29
Flicka	1,07	0,47	0,36	98,10	31,25	12,50
Pojke och flicka	1,10	0,29	0,35	98,26	16,67	13,33
Södertälje						
Pojke	0,79	0,58	0,24	98,39	17,02	2,13
Flicka	1,72	0,88	0,49	96,90	28,41	11,36
Pojke och flicka	1,25	0,73	0,36	97,66	24,44	8,15
Tyresö						
Pojke	0,91	0,63	0,34	98,12	21,21	9,09
Flicka	1,68	1,20	1,26	95,86	24,69	5,80
Pojke och flicka	1,29	0,91	0,79	97,02	23,53	6,86
Täby						
Pojke	0,75	0,54	0,17	98,55	42,86	5,71
Flicka	1,43	0,83	0,28	97,46	21,82	7,27
Pojke och flicka	1,07	0,68	0,22	98,03	30,00	6,67
Upplands Väsby						
Pojke	0,51	0,94	0,22	98,34	21,74	4,35
Flicka	1,82	0,95	1,03	96,21	29,17	16,67
Pojke och flicka	1,13	0,94	0,60	97,32	26,76	12,68
Upplands Bro						
Pojke	1,11	0,56	0,11	98,22	18,75	0,00
Flicka	2,66	1,65	1,14	94,56	25,58	13,95
Pojke och flicka	1,84	1,07	0,59	96,50	23,73	10,17
Vallentuna						
Pojke	0,94	1,11	0,17	97,77	34,61	11,54
Flicka	1,23	1,23	0,97	96,56	25,64	2,56
Pojke och flicka	1,09	1,17	0,56	97,17	29,23	6,15
Vaxholm						
Pojke	1,02	0,25	0,00	98,73	40,00	0,00
Flicka	2,23	1,12	0,56	96,09	50,00	7,14
Pojke och flicka	1,60	0,67	0,27	97,47	47,37	5,26
Värmdö						
Pojke	0,62	0,34	0,14	98,90	18,75	6,25
Flicka	0,90	0,76	0,49	97,85	19,36	0,00
Pojke och flicka	0,76	0,55	0,31	98,37	19,15	2,13
Österåker						
Pojke	0,86	0,79	0,20	98,16	21,43	0,00
Flicka	2,41	0,83	1,17	95,59	21,88	7,81
Pojke och flicka	1,61	0,81	0,67	96,90	21,74	5,43

Röd= störst andel, grön= minst andel (Utifrån respektive kategori)

Tabell 7. Ångest- och/eller depressionsdiagnos samt läkemedelsförskrivning (%) bland ungdomar 13–17 år i Stockholms stads stadsdelar, 2007.

	Ångest (%)	Depression (%)	Dubbeldiagnos (%)	Ingen diagnos (%)	Antidepressiva läkemedel vid diagnos (%)	Lugnande läkemedel vid diagnos (%)
Bromma						
Pojke	0,58	0,32	0,27	98,83	13,64	9,09
Flicka	1,55	0,94	1,00	96,51	22,22	7,94
Pojke och flicka	1,06	0,62	0,62	97,70	20,00	8,24
Enskede-Årsta-Vantör						
Pojke	1,03	0,30	0,21	98,46	22,22	5,57
Flicka	1,75	0,96	0,88	96,41	15,85	3,66
Pojke och flicka	1,38	0,63	0,54	97,45	17,80	4,24
Farsta						
Pojke	1,06	0,71	0,50	97,74	25,00	0,00
Flicka	1,84	0,84	0,46	96,86	14,63	2,44
Pojke och flicka	1,43	0,77	0,48	97,32	19,18	1,37
Hägersten-Liljeholmen						
Pojke	1,21	0,40	0,27	98,12	7,14	3,57
Flicka	1,99	1,11	1,48	95,42	12,90	8,07
Pojke och flicka	1,58	0,74	0,84	96,84	11,11	6,67
Hässelby-Vällingby						
Pojke	0,49	0,62	0,40	98,49	26,47	8,82
Flicka	1,87	1,22	0,65	96,26	21,25	6,25
Pojke och flicka	1,16	0,91	0,52	97,40	22,81	7,02
Kungsholmen						
Pojke	1,11	0,56	0,14	98,19	38,46	7,69
Flicka	2,24	2,39	1,35	94,02	22,50	2,50
Pojke och flicka	1,66	1,44	0,72	96,18	26,42	3,77
Norrmalm						
Pojke	1,38	0,99	0,40	97,23	25,00	0,00
Flicka	1,29	1,68	1,09	95,94	29,27	4,89
Pojke och flicka	1,33	1,33	0,74	96,59	27,54	2,90
Skarpnäck						
Pojke	1,04	0,82	0,37	97,77	13,33	3,33
Flicka	1,89	1,32	0,49	96,30	11,11	4,44
Pojke och flicka	1,44	1,05	0,43	97,07	12,00	4,00
Skärholmen						
Pojke	1,09	0,25	0,08	98,58	5,88	11,77
Flicka	1,32	0,76	0,85	97,07	12,90	6,45
Pojke och flicka	1,20	0,49	0,44	97,87	10,42	8,33
Spånga-Tensta						
Pojke	0,83	0,91	0,30	97,95	22,22	0,00
Flicka	1,20	0,75	0,45	97,59	18,75	9,38
Pojke och flicka	1,02	0,83	0,38	97,77	20,34	5,08
Södermalm						
Pojke	1,03	0,45	0,36	98,17	24,39	9,76
Flicka	1,58	1,02	1,02	96,37	17,95	7,69
Pojke och flicka	1,30	0,73	0,68	97,29	20,17	8,40
Älvsjö						
Pojke	0,92	0,81	0,23	98,04	11,77	0,00
Flicka	1,55	1,03	0,26	97,15	9,09	9,09
Pojke och flicka	1,22	0,92	0,24	97,62	10,26	5,13
Östermalm						
Pojke	0,74	0,37	0,37	98,51	37,50	18,75
Flicka	1,25	0,36	0,63	97,77	16,00	8,00
Pojke och flicka	1,00	0,36	0,50	98,13	24,39	12,20

Röd= störst andel, grön= minst andel (Utifrån respektive kategori)

Bilaga 3. Frekvenstabell för sociala skillnader

Tabell 8. Ångest- och/eller depressionsdiagnos samt läkemedelsförskrivning (%) bland ungdomar 13–17 år fördelat på sociala grupper, 2007.

	Ångest (%)	Depression (%)	Dubbeldiagnos (%)	Ingen diagnos (%)	Antidepressiva läkemedel vid diagnos (%)	Lugnande läkemedel vid diagnos (%)
Kön						
Pojke	0,85	0,57	0,24	98,34	19,80	5,20
Flicka	1,63	1,02	0,77	96,58	21,59	7,25
Familjens inkomst						
Låg	1,61	1,08	0,76	96,55	22,40	5,82
Medellåg	1,21	0,78	0,53	97,49	22,93	6,49
Medelhög	1,14	0,69	0,35	97,83	14,71	6,72
Hög	0,97	0,59	0,33	98,11	7,99	5,90
Förälders utbildning						
Låg	1,56	0,72	0,68	97,04	17,95	7,08
Medelhög	1,25	0,88	0,53	97,35	21,77	5,99
Hög	1,14	0,73	0,43	97,71	22,95	6,67
Förälders födelseland						
Sverige	1,25	0,85	0,51	97,39	19,64	8,00
Europa	1,53	0,79	0,57	97,11	20,11	6,46
Övriga länder	0,99	0,39	0,32	98,30	22,42	6,24

ISBN 978-91-86313-45-6

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**