

Unga vuxna med självrapporterad psykisk ohälsa

Var söker de hjälp inom landstingsvården?

Söker de i högre utsträckning än andra?

En jämförelse med andra åldersgrupper

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.



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 1497, 171 29 Solna

ces@sll.se



Rapport 2014: 2



ISBN 978-91-87691-05-8



Författare: Kyriaki Kosidou, Eija Airaksinen, Henrik Dal, Nina Åsbring, Christina Dalman

Stockholm mars 2014

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,

www.folkhalsoguiden.se

Förord

Flera mätningar visar att den psykiska ohälsan ökar bland unga i vårt samhälle. Framförallt ser man att den psykiatriska vårdkonsumtionen ökar i denna grupp år efter år. Många menar att ökningen i ungas vårdkonsumtion skulle kunna bero på att unga söker vård i högre grad än äldre. Andra befarrar motsatsen det vill säga att unga med psykisk ohälsa identifieras i mindre utsträckning framförallt inom primärvården, jämfört med äldre. Av dessa anledningar är det viktigt att undersöka var de unga söker hjälp för sin psykiska ohälsa inom landstingsvården och om de får hjälp i samma omfattning som andra åldersgrupper. Det är också viktigt att undersöka om unga söker i högre grad än andra åldersgrupper och om det har skett förändringar över tid.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin Stockholms läns landsting, SLSO

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	5
1 Bakgrund.....	7
1.1 Trender för indikatorer på psykisk ohälsa	7
1.3 Syftet med rapporten	10
2 Metod.....	11
2.1 Studiepopulation	11
2.2 Mätning av studiepopulationens psykiska ohälsa.....	12
2.3 Mätning av studiepopulationens vårdkonsumtion och läkemedelsförskrivning	12
2.4 Förtroende för sjukvård.....	13
2.5 Konfidensintervall och kalibreringsvikter	13
2.6 Ungdomsmottagningar.....	13
3 Resultat	15
3.1 Specialiserad psykiatri	15
3.1.1 Andel personer med självrapporterad psykisk ohälsa som har kontakt med den specialiserade psykiatrin (öppen- och slutenvård inkl beroendevård)	15
3.1.2 Andel personer utan självrapporterad psykisk ohälsa som har kontakt med den specialiserade psykiatrin (öppen- och slutenvård inkl beroendevård).....	16
3.2 Vårdcentraler	17
3.2.1 Andel personer med självrapporterad psykisk ohälsa som får en psykiatrisk diagnos på vårdcentralen.....	17
3.2.2 Andel personer utan självrapporterad psykisk ohälsa som får en psykiatrisk diagnos på vårdcentralen.....	18
3.2.3 Andel personer med självrapporterad psykisk ohälsa som får psykosociala insatser på vårdcentralen	18
3.2.4 Andel personer utan självrapporterad psykisk ohälsa som får psykosociala insatser på vårdcentralen	19
3.3 Förskrivning av psykofarmaka	19
3.3.1 Andel personer med självrapporterad psykisk ohälsa som får psykofarmaka...	19
3.3.2 Andel personer utan självrapporterad psykisk ohälsa som får psykofarmaka.	20
4 Diskussion	21
4.1 Möjliga förklaringar till varför den psykiatriska vårdkonsumtionen ökar bland unga...	21
4.2 De unga med psykisk ohälsa är underrepresenterade på vårdcentralen.....	23
4.3 De unga med psykisk ohälsa har lägst förskrivning av psykofarmaka	24
4.4 Metodologiska överväganden.....	24
Referenser.....	26
Bilagor.....	28

Sammanfattning

Ett flertal rapporter har beskrivit en ökning sedan 1990-talet av den självrapporterade psykiska ohälsan bland unga, framförallt bland kvinnor (1–7). Sedan 2000-talet finns en tendens till att denna utveckling bromsats upp (4,5,6). Samtidigt har ungas men också andra åldersgruppers vårdkonsumtion på grund av psykisk ohälsa ökat, även under senare år. Många menar att ökningen av den psykiatriska vårdkonsumtionen kan bero på att unga söker vård i högre grad än äldre. Andra befarar motsatsen. I rapporten undersöks om och i så fall var, de unga med psykisk ohälsa söker hjälp inom landstingsvården jämfört med andra åldersgrupper. Fångas de unga och äldre upp på olika vårdnivåer, till ex. vårdcentraler eller specialistpsykiatri? Söker de unga i högre utsträckning än andra åldersgrupper? Har det skett förändringar över tid? Rapporten försöker också belysa vad orsakerna till resultaten kan vara.

Studiepopulationen består av de 89 268 personer som besvarade Stockholms läns landstings Folkhälsoenkät år 2002, 2006 och 2010. I enkäten ingick frågebatteriet General Health Questionnaire-12 (GHQ12) som använts för att mäta psykisk ohälsa. I denna studie har psykisk ohälsa definierats som ≥ 4 poäng på GHQ12. De två grupperna (dvs personer med ≥ 4 och < 4) har följts upp i vårdregister vad gäller vård för psykisk ohälsa inom den specialiserade psykiatriska vården (öppen- och slutenvård inkl beroendevård) och på vårdcentraler. Uppgifter om läkemedelsförskrivning har hämtats från Socialstyrelsens läkemedelsregister. Jämförelser har gjorts mellan åldersgrupper. Vi har inte kunnat identifiera de personer som ingår i vår studiepopulation som fått vård på Ungdomsmottagningar. Vi har däremot gjort en skattning av hur stor andel av Stockholms stads unga i åldern 18–24 år som år 2010 hade kontakt med Ungdomsmottagningar på grund av psykiska problem.

Personer med självrapporterad psykisk ohälsa (≥ 4 på GHQ12) i yrkesverksamma åldrar (18–64 år) nyttjar specialiserad psykiatrisk vård i ungefär samma utsträckning medan personer i den äldsta åldersgruppen (65+ år) med självupplevd ohälsa nyttjar specialiserad psykiatrisk vård i lägre grad. Cirka 10–15 procent av personer i åldrarna 18–64 år med självrapporterad psykisk ohälsa söker specialiserad psykiatrisk vård. Vi ser en ökning av vårdkonsumtionen inom den specialiserade psykiatrin bland personer 45–64 år med psykisk ohälsa mellan åren 2002 och 2006 jämfört med den unga gruppen där vårdkonsumtionen under samma tidsperiod endast ökat marginellt. Vårdkonsumtionen inom den specialiserade psykiatrin har däremot ökat markant mellan åren 2002 och 2010 bland unga som inte rapporterar psykisk ohälsa enligt GHQ-12 och under 2010 sökte de specialiserad psykiatrisk vård i högre grad jämfört med personer utan psykisk ohälsa i övriga åldersgrupper. Unga med självrapporterad psykisk ohälsa är dock underrepresenterade på vårdcentraler. Cirka tio procent av unga med psykisk ohälsa som gör ett fysiskt besök på vårdcentralen får en psykiatrisk diagnos, medan motsvarande siffra bland de äldre åldersgrupperna är det dubbla. Detta tolkas som att de unga med psykisk ohälsa identifieras på vårdcentralen i lägre grad jämfört med övriga åldersgrupper. Unga med självrapporterad psykisk ohälsa får psykosociala insatser på vårdcentralen i lägre grad jämfört med personer med psykisk ohälsa i övriga åldersgrupper. Unga får psykofarmaka i betydligt lägre grad vid självrapporterad psykisk ohälsa jämfört med äldre. Vi har uppskattat att cirka 1–1,5 procent av Stockholms stads unga i åldern 18–24 år har kontakt med Ungdomsmottagningar på grund av psykiska problem. Detta är relativt lågt jämfört med att cirka åtta procent av länets 18–24 åringar har kontakt med den specialiserade psykiatrin (inkluderande beroendevården) och cirka tre procent har fått en psykiatrisk diagnos på vårdcentraler.

Liksom i alla undersökningar finns det svagheter i metodiken. Antalet personer är relativt litet men vi har räknat på säkerheten i resultaten och funnit denna tillräckligt god. Vårdkonsumtion har mätts med registerdata som har skiftande kvalitet men eftersom vi utför inomgruppsjämförelser bedöms detta ha mindre betydelse. Man kan inte utesluta förändringar över tid i hur man svarar på GHQ-12 i olika åldersgrupper. Det är framförallt personer som drabbas av depressioner och ångest som GHQ-12 kan fånga in. Andra former av psykisk ohälsa, såsom neuropsykiatriska tillstånd, fångas inte av frågebatteriet GHQ12 i samma utsträckning. Slutligen saknas data om psykiatriska diagnoser från Ungdomsmottagningarna som är en viktig aktör i sammanhanget. Vårt försök att ändå skatta denna verksamhet beskrivs i Appendix.

Sammanfattningsvis visar rapporten att vårdkonsumtionen inom den specialiserade psykiatrin har ökat bland unga som inte rapporterar psykisk ohälsa enligt GHQ-12. Detta kan tolkas som att tröskeln för att söka vård inom den specialiserade psykiatrin har sjunkit bland unga vuxna. En alternativ tolkning är att vårdkontakter p.g.a. ohälsa som inte fångas upp av GHQ-12 är vanligare bland unga jämfört med äldre. Unga vuxna med psykisk ohälsa enligt GHQ-12 tycks däremot snarast "underkonsumera" vård eftersom de har kontakt med den specialiserade psykiatrin i liknande grad som andra åldersgrupper men är tydligt underrepresenterade på vårdcentraler och detta "glapp" tycks inte täckas av Ungdomsmottagningarnas verksamhet. Vårdcentralen tycks inte fungera som "första linjens psykiatri" för de unga. Orsakerna till detta är ofullständigt kända men det finns flera rimliga förklaringar: De unga kan ha en mer negativ syn på vården jämfört med äldre varför de möjligen vänder sig direkt till "experterna" istället för husläkaren. En annan förklaring kan vara att de inte har en etablerad kontakt på vårdcentralen. En tredje att när de väl kommer till vårdcentralen uppger/tillfrågas de i lägre grad om psykisk ohälsa jämfört med äldre.

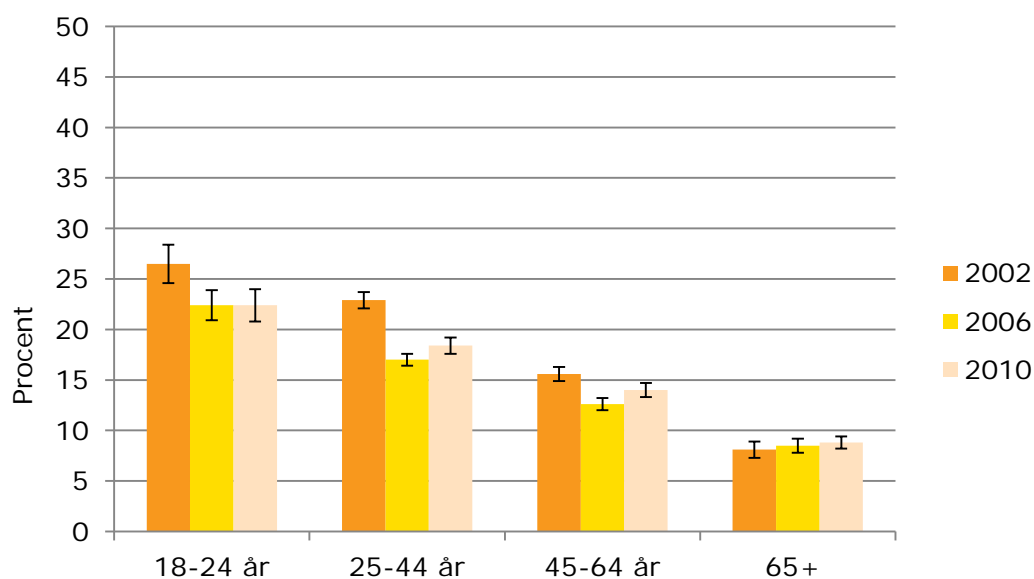
1 Bakgrund

Ett flertal rapporter har beskrivit en ökning sedan 1990-talet av den självrapporterade psykiska ohälsan bland unga, framförallt bland kvinnor (1–7). Sedan 2000-talet finns en tendens till att denna utveckling bromsats upp (4,5,6). Samtidigt har ungas, men också andra åldersgruppers vårdkonsumtion på grund av psykisk ohälsa ökat, även under senare år. Många menar att ökningen i ungas vårdkonsumtion skulle kunna bero på att unga söker vård i högre grad än äldre. Andra befärdar motsatsen det vill säga att unga med psykisk ohälsa identifieras i mindre utsträckning inom vården jämfört med äldre. Av dessa anledningar är det viktigt att undersöka var de unga söker hjälp för sin psykiska ohälsa inom landstingsvården och om de får hjälp i samma omfattning som andra åldersgrupper. Fångas de unga och äldre upp på olika vårdnivåer? Det är också viktigt att undersöka om unga i högre utsträckning än äldre söker vård för sin psykiska ohälsa och om det har skett förändringar över tid.

1.1 Trender för indikatorer på psykisk ohälsa

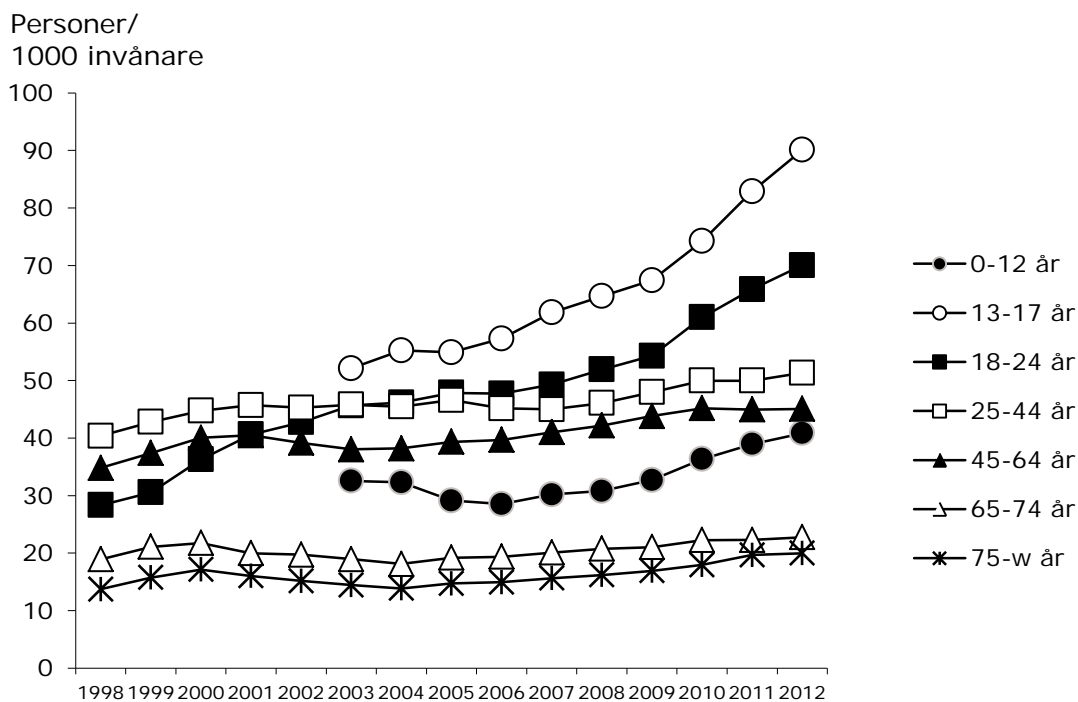
Inom Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin samlar vi in data om trender över tid för både självrapporterad psykisk ohälsa (SLLs folkhälsoenkät) och psykiatrisk vårdkonsumtion på vårdcentraler och inom den psykiatriska vården (inklusive beroendevård). Nedan presenteras dessa indikatorers utveckling under 2000-talet.

SLLs folkhälsoenkät visar en dramatisk ökning av självrapporterad psykisk ohälsa bland de unga i Stockholms län sedan 1990-talet (1,2,6). Även om den negativa trenden bröts vid mätningen år 2006 och data från 2010 års enkät visar en utplaning, är det fortfarande de unga som anger psykisk ohälsa i högre grad jämfört med övriga grupper vid samtliga mättillfällen (Figur 1).



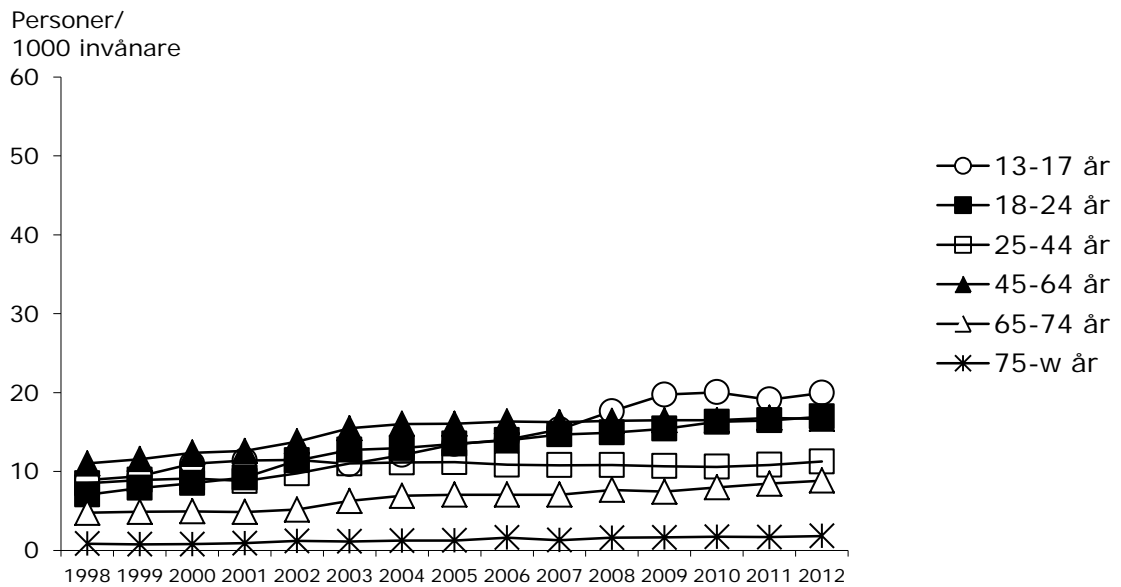
Figur 1. Andel (%) personer med självrapporterad psykisk ohälsa enligt GHQ-12 (GHQ12 \geq 4) i olika åldersgrupper i Stockholms län år 2002, 2006 och 2010

Sjukvårdsregister i Stockholms län visar att nyttjandet av psykiatrisk öppenvård har ökat kraftigt i samtliga åldersgrupper under hela 1990-talet. Sedan år 2000 har dock en stabilisering skett utom bland tonåringar (13–17 år) och unga vuxna (18–24 år). I dessa åldersgrupper hade år 2012 9 respektive sju procent av befolkningen kontakt med den psykiatriska öppenvården (Figur 2).



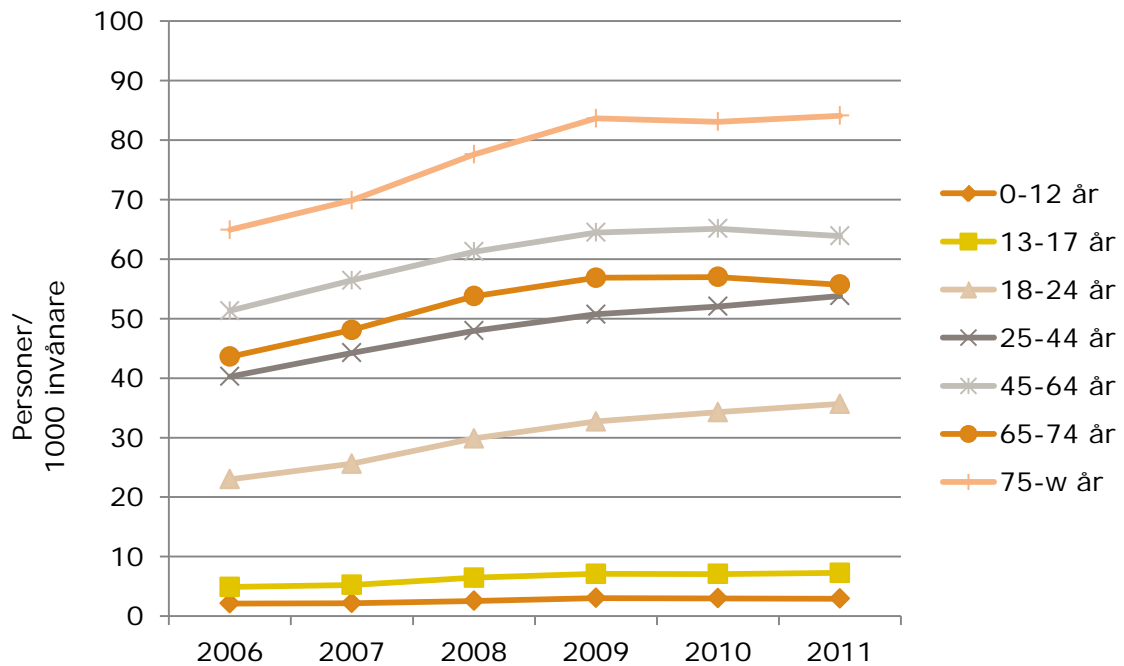
Figur 2. Antal personer i allmänpsykiatri (≥ 18 år) och BUP (0–17 år), öppenvård/1000 invånare

I den unga gruppen finns den största ökningen även i fråga om nyttjande av psykiatrisk slutenvård. De har proportionellt sett haft den högsta slutenvårdskonsumtionen under hela 2000-talet (3). Också inom beroendevården har det skett en kraftig ökning av andelen unga män och kvinnor (Figur 3). Här är det till skillnad mot allmänpsykiatrin en klar övervikt av unga män men kvinnornas förekomst har ökat kraftigast (8).



Figur 3. Antal personer i öppenvård på beroendekliniker/1000 invånare ≥ 18 år

Vårdcentralen är tänkt att utgöra första linjens psykiatri för hela den vuxna befolkningen. Under 2000-talet har andelen individer som fått psykiatriska diagnoser land 18–24 åringar. En delförklaring kan vara att man i högre grad börjat registrera diagnoser över huvud taget men en ökad insats inom det psykiatriska fältet är också trolig. Andelen personer som fått psykiatrisk diagnos är högst bland de äldsta där åtta procent fått en sådan diagnos.



Figur 4. Antal personer i Stockholms län som fått en psykiatrisk diagnos av läkare på vårdcentral/1000 invånare

1.3 Syftet med rapporten

Sammantaget tyder enkät- och register data på att den psykiska ohälsan är vanlig bland unga i befolkningen. Vårddata visar att de unga numera är den största gruppen (proportionellt sett) inom den specialiserade psykiatriska vården. Detta kan tolkas som att unga får den hjälp de behöver. Men är det verkligen så? Det är okänt i vilken grad de unga får hjälp vid vårdcentraler. Fångas de unga och äldre upp på olika vårdnivåer? Söker de unga i högre utsträckning än äldre? Har det skett förändringar över tid? Genom att jämföra resultat från mätningar av självrapporterad psykisk hälsa/ohälsa i SLL:s folkhälsoenkät med vårdkonsumtion och läkemedelsförskrivning från administrativa register undersöker vi dessa frågor. Vi diskuterar också möjliga orsaker till våra resultat.

2 Metod

I denna rapport använder vi data från 2002, 2006 och 2010 års folkhälsoenkäter vilka är länkade till olika registerdata.

2.1 Studiepopulation

Studiepopulationen utgörs av de 89 268 personer som besvarat folkhälsoenkäten år 2002, 2006 och 2010. Enkäten skickades till ett slumpmässigt urval av 50 000, 57 000 respektive 55 000 personer år 2002, 2006 respektive 2010, i åldrarna 18–84 år, boende i Stockholms län. De utvalda personerna tillfrågades om att ingå i tre longitudinella studier (kohorter); 2002-, 2006- och 2010-års kohort. Från urvalet år 2002 ingår 23 794 individer i 2002-års kohort, medan samtliga individer som besvarade enkäten år 2006 och 2010 (34 707 respektive 30 767 individer) ingår i respektive års studiekohort (tabell 1). Av kohortdeltagarna är 1588, 2859 respektive 2580 personer i åldrarna 18–24 år 2002, 2006 respektive 2010 (tabell 1).

I den här rapporten analyseras data från kohortdeltagarna med och utan självrapporterad psykisk ohälsa (var god se avsnitt 2.2 för definition). I kohorterna identifierades sammanlagt 13 142 personer (15%) med psykisk ohälsa.

För att kunna jämföra hur de unga vårdas i jämförelse med andra åldersgrupper är studiepopulationen indelat i fyra åldersgrupper: 18–24 år, 25–44 år, 45–64 år och 65+ år. I rapporten definieras den unga gruppen som personer mellan 18–24 år.

Samtliga respondenter har givit sitt samtycke till att delta i respektive studiekohort för uppföljning med upprepade enkäter samt matchning mot vårdregister och läkemedelsregister.

Tabell 1. Studiepopulationer från folkhälsoenkäterna 2002, 2006 och 2010

År	Urval	Enkät Antal svarande n (%)	Kohort Antal deltagare n (%)	Antal deltagare GHQ12 ≥ 4	Antal deltagare < 25 år
2002	49 909	31 182 (62,5)	23 794 (47,7)	4 028	1 588
2006	56 634	34 707 (61,3)	34 707 (61,3)	4 769	2 859
2010	55 341	30 767 (55,6)	30 767 (55,6)	4 345	2 580
Summa	161 884	96 656	89 268	13 142	7 027

2.2 Mätning av studiepopulationens psykiska ohälsa

I alla enkäter ingår frågebatteriet General Health Questionnaire-12 (GHQ12) (9). GHQ12 är utvecklat för att identifiera potentiella fall av personer med psykiatriskt sjuklighet (9). Instrumentet ger inga precisa diagnoser men identifierar i huvudsak personer med depression och/eller ångest (10). GHQ-12 är däremot inte speciellt utvecklat för att fånga in möjliga fall av andra former av psykisk ohälsa såsom neuropsykiatriska tillstånd, ätstörningar eller missbruk. Å andra sidan har personer med neuropsykiatriska tillstånd eller annan form av psykisk ohälsa också ofta problem med ångest och depression. Instrumentet består av 12 frågor angående psykisk ohälsa. Exempelvis ingår frågor om man känt sig nedstämd eller värdelös under de senaste veckorna. Bilaga 2 innehåller samtliga frågor som ingår i GHQ12. Varje fråga har fyra svarsalternativ; två positiva och två negativa. Ett summaindex beräknas utifrån de 12 frågorna, ett negativt svar ger en poäng i skalan det vill säga negativt svar på samtliga frågorna ger maximala 12 poäng. I den här rapporten har brytpunkten för psykisk ohälsa definierats som 4 poäng, vilket innebär att minst fyra av de 12 svårigheterna upplevs föreligga. Detta är en ofta använd brytpunkt för att identifiera en population med "troliga psykiska hälsoproblem" (11,12). I denna studie är vår tolkning av GHQ-12 att personer som hamnar under tröskeln för "troliga psykiska hälsoproblem", det vill säga personer som rapporterar 0–3 poäng på GHQ-12, har inga eller lindriga psykiska besvär, alternativt, att de har former av psykisk ohälsa som inte fångas av GHQ-12.

Enkätundersökningar är nödvändiga för att få kunskap om den självupplevda hälsan i befolkningen. Trender i hur man uppfattar och besvarar frågorna kan dock påverka resultaten. Ofta framförs åsikten att unga människor är mer benägna att rapportera symptom på psykisk ohälsa jämfört med äldre. Detta har undersökts i en studie om psykisk ohälsa genom att jämföra enkätsvar om psykisk ohälsa med intervjuer utförda av psykiatriker. Resultaten visade att unga (20–24 år) inte skiljer sig från övriga åldersgrupper i sättet att svara på frågor om psykisk ohälsa (13). Dessutom har GHQ12 visat sig mäta psykisk ohälsa oberoende av åldersgrupp i tidigare studier (14,15).

2.3 Mätning av studiepopulationens vårdkonsumtion och läkemedelsförskrivning

För att besvara frågan om och var individer med eller utan psykisk ohälsa enligt GHQ-12 i olika åldersgrupper söker hjälp inom vården använder vi data från Stockholms län landstings vårdregister (VAL databaserna) och Socialstyrelsens läkemedelsregister. Dessa register har länkats till folkhälsokohorterna. I VAL databaserna ingår öppen- och slutenvård psykiatrisk vård inklusive beroendevård samt primärvård. Läkemedelsregistret innehåller uppgifter om läkemedel som hämtats ut mot recept på apoteket. Samtliga data är avidentifierade.

I rapporten redovisas följande mått på vårdkonsumtion inom psykiatri och på vårdcentralen och psykofarmakaförskrivning per åldersgrupp för personer som rapporterar psykisk ohälsa ($\text{GHQ}_{12} \geq 4$) samt för personer som inte rapporterar psykisk ohälsa enligt GHQ-12 ($\text{GHQ}_{12} < 4$):

- Andel (%) i psykiatrisk sluten- och öppenvård inklusive beroendevård år 2002, 2006 och 2010.

- Andel (%) med definierad psykisk ohälsa det vill säga som har fått en psykiatrisk diagnos (definierat som diagnos inom kapitel F i ICD10 samt Z diagnoserna Z65-P (socialmedicinska problem) och Z73 (livssituationsproblem) på vårdcentralen (klinikkoder 010–021). Dessa data finns tillgängligt för år 2006 och 2010.
- Andel (%) som fått insatser från psykosocial verksamhet på vårdcentralen (hädanefter kallade för psykosociala insatser), som inbegriper besök hos kurator, psykolog och psykoterapeut (definierat som kontakt med vårdgivare koder 74,75,96 och klinikkoder 950–951). Dessa data finns tillgängligt för år 2006 och 2010.
- Andel (%) som fått psykofarmaka förskrivet inklusive antidepressiva medel (NO6A), lugnande medel (NO5B), neuroleptika (NO5A), sömnmedel (NO5C) och läkemedel för ADHD (NO6BA). Dessa data finns tillgängligt för år 2006 och 2010.
- Andel (%) som besökt vårdcentralen år 2002, 2006 och 2010.

Registeruppgifterna är hämtade under ett halvår efter enkätifyllande för respektive år.

Alla undersökta variabler redovisas för samtliga åldersgrupper: 18–24 år, 25–44 år, 45–64 år och 65+ år. Dessutom görs jämförelser över tid, i de fall där det finns tillgängliga data, mellan åren 2002, 2006 och 2010.

2.4 Förtroende för sjukvård

Som en möjlig förklaring till skillnader i vårdkonsumtion i olika åldersgrupper har vi mätt förtroende för sjukvård i olika åldrar. Förtroende för sjukvård mäts med en enkätfråga i Folkhälsoenkäten som ingått vid alla tre mätillfällena: "Vilket förtroende har du för sjukvården"? Frågan kan besvaras med svarsalternativen "mycket stort", "ganska stort", "inte särskilt stort" eller "inget alls". I analyserna dikotomiseras svar till *förtroende för sjukvården* om individen svarat "mycket stort" eller "ganska stort" och *dåligt förtroende* om personen svarat "inte särskilt stort" eller "inget alls". I 2010 års enkät har svarsalternativet "har ingen åsikt" tillagts. Dessa svar beräknas som bortfall.

2.5 Konfidensintervall och kalibreringsvikter

Konfidensintervall visar ett intervall för det mest sannolika värdet för respektive mått och används i rapporten för att illustrera osäkerheten i mätningarna vilka är beroende av urvalets storlek. Få observationer betyder en större osäkerhet i mätningen och därmed vida konfidensintervall medan många observationer betyder mindre osäkerhet och därmed snävare konfidensintervall. Om konfidensintervallen för två grupper inte överlappar varandra innebär det att det finns en statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna. Kalibreringsvikter har använts för att justera den skevhet som bortfallet orsakat för de undersökta variablerna. Alla tabeller och figurer visar kalibrerade resultat.

2.6 Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningarna registrerar inte personnummer och endast besök som i huvudsak rör preventivmedelsrådgivning och könssjukdomar är registrerade inom landstingets VAL databaser. Därför har vi inte kunnat identifiera de personer som ingår

i vår studiepopulation och som får vård för sin psykiska ohälsa på ungdomsmottagningar. Vi har däremot gjort en skattning av hur stor andel av Stockholms stads unga i åldern 18–24 år som har kontakt med ungdomsmottagningar under år 2010. Syftet med detta är att få en så komplett bild som möjligt om var och i vilken omfattning unga söker på grund av psykisk ohälsa inom den landstingsdrivna vården. Bilaga 3 innehåller detaljer om data från ungdomsmottagningar.

3 Resultat

3.1 Specialiserad psykiatri

3.1.1 Andel personer med självrapporterad psykisk ohälsa som har kontakt med den specialiserade psykiatrin (öppen- och slutenvård inkl beroendevård)

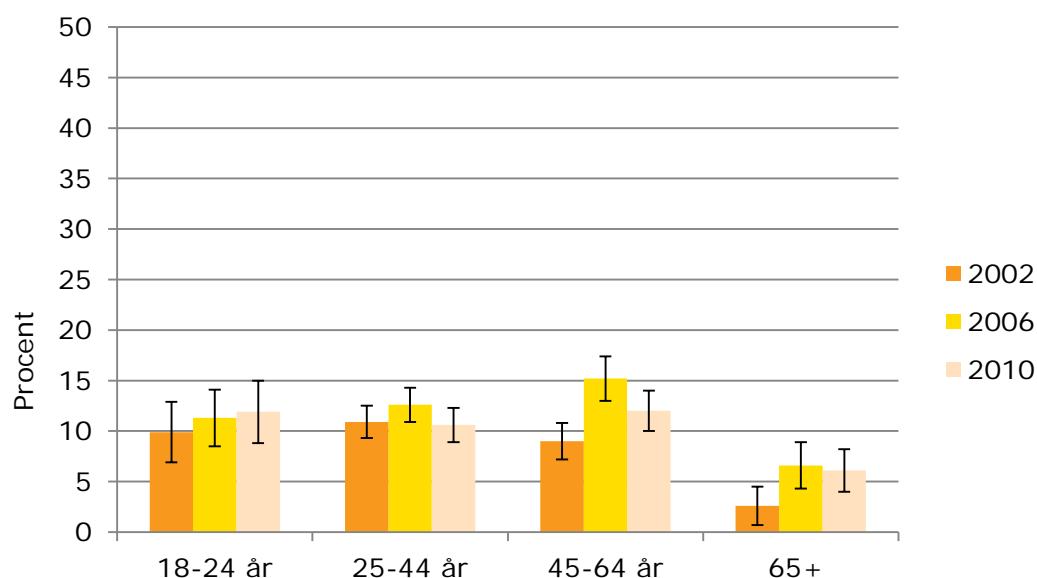
3.1.1.1 Ålder

Personer med självupplevd psykisk ohälsa i yrkesverksamma åldrar (18–64 år) nyttjar specialiserad psykiatrisk vård i ungefär samma utsträckning medan personer i den äldsta åldersgruppen (65+ år) med självupplevd ohälsa nyttjar psykiatrisk vård i lägre grad (Figur 5). Det är cirka 10–15 procent av personer med psykisk ohälsa som söker psykiatrisk vård i åldrar 18–64 år.

3.1.1.2 Över tid

Psykiatriskt vårdutnyttjande har ökat i alla åldersgrupper mellan 2002 och 2006. Dessa förändringar är dock statistiskt säkerställda endast i gruppen 45–64 år. Däremot har andelen besök inom den psykiatriska vården minskat något inom samtliga åldersgrupper under 2010 utom inom gruppen unga (18–24 år) som istället fortsätter att öka. Dessa förändringar är dock inte statistiskt säkerställda.

Således verkar unga med självrapporterad psykisk ohälsa enligt GHQ-12 att nyttja specialiserad psykiatrisk vård i samma utsträckning som övriga åldersgrupper.



Figur 5. Andel (%) av personer med självrapporterad psykisk ohälsa enligt GHQ-12 (GHQ12 ≥ 4) som har kontakt med psykiatrisk öppen- slutenvård och beroendevård i Stockholms län 2002, 2006 och 2010

3.1.2 Andel personer utan självrapporterad psykisk ohälsa som har kontakt med den specialiserade psykiatrin (öppen- och slutenvård inkl beroendevård)

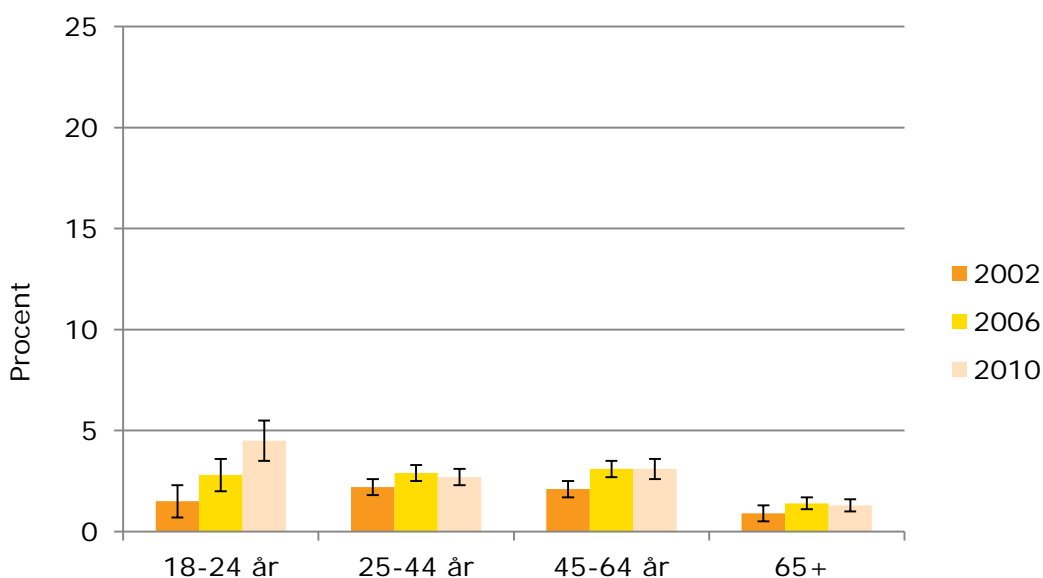
3.1.2.1 Ålder

Bland unga (18–24 år) som inte rapporterade psykisk ohälsa var det 4,5 procent som hade besökt den specialiserade psykiatrin år 2010 (Figur 6). Motsvarande siffra bland de äldsta (65+) var 1,3 procent. Cirka tre procent av personer utan psykisk ohälsa i åldrar 25–44 år och 45–64 år hade besökt psykiatrin år 2010.

3.1.2.2 Över tid

Psykiatriskt vårdutnyttjande bland personer som inte rapporterar psykisk ohälsa har ökat markant i åldersgruppen 18–24 år mellan 2002 och 2010. En ökning ses också i åldersgruppen 45–64 år mellan 2002 och 2006.

Således finns tecken på en ökande konsumtion av specialiserad psykiatrisk vård bland de unga som inte rapporterat psykisk ohälsa enligt GHQ-12 jämfört med äldre åldersgrupper.



Figur 6. Andel (%) av personer utan självrapporterad psykisk ohälsa enligt GHQ-12 (GHQ12 < 4) som har kontakt med psykiatrisk öppen- sluten- och beroendevård i Stockholms län 2002, 2006 och 2010

3.2 Vårdcentraler

3.2.1 Andel personer med självrapporterad psykisk ohälsa som får en psykiatrisk diagnos på vårdcentralen

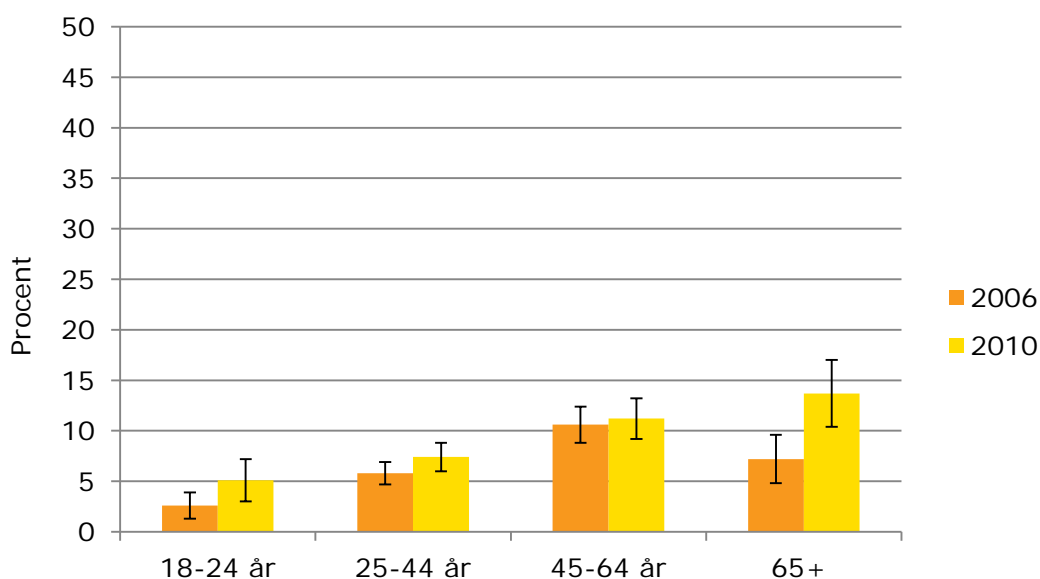
3.2.1.1 Ålder

Undersökningen visar att unga (18–24 år) med självrapporterad psykisk ohälsa i lägre utsträckning än personer med psykisk ohälsa i de övriga åldersgrupperna fått en psykiatrisk diagnos på vårdcentralen (Figur 7). Ungefär dubbelt så många inom gruppen 45–64 år och nästan tre gånger fler inom gruppen 65 + år har fått en psykiatrisk diagnos på vårdcentralen jämfört med 18–24 åringar med likvärdig psykisk ohälsa. Dessa skillnader är statistiskt säkerställda.

3.2.1.2 Över tid

Mellan 2006 och 2010 har det skett en ökning av psykiatriska diagnoser på vårdcentraler inom samtliga åldersgrupper men ökningen är statistiskt säkerställd endast bland de allra äldsta (65+). Dock kan den kraftiga ökningen av diagnoser i den äldsta åldersgruppen vara en effekt av ändrade registreringsrutiner som successivt började införas år 2005 och som framförallt påverkat den äldsta gruppen där det fanns många kroniskt sjuka som länge befunnit sig i vården utan diagnos.

Således finns tecken på att unga med självrapporterad psykisk ohälsa är underrepresenterade på vårdcentraler jämfört med övriga åldersgrupper.



Figur 7. Andel (%) av personer med självrapporterad psykisk ohälsa enligt GHQ-12 (GHQ12 ≥ 4) som har fått en psykiatrisk diagnos på vårdcentralen i Stockholms län, år 2006 och 2010

3.2.2 Andel personer utan självrapporterad psykisk ohälsa som får en psykiatrisk diagnos på vårdcentralen

3.2.2.1 Ålder

Bland unga (18–24 år) utan självupplevd psykisk ohälsa var det 1,5 procent som hade fått en psykiatrisk diagnos på vårdcentralen år 2010 (Tabell 3b, Bilaga 1). Motsvarande siffra var 2,9 procent inom gruppen 45–64 år och 3,2 procent bland de allra äldsta (65+ år). Dessa skillnader är statistiskt säkerställda jämfört med den unga gruppen.

3.2.2.2 Över tid

Undersökningen har inte visat förändringar över tid vad gäller andel personer utan självrapporterad psykisk ohälsa som får en psykiatrisk diagnos på vårdcentralen.

Således ser man tecken till att även unga med lindriga psykiska besvär enligt GHQ-12 är underrepresenterade på vårdcentralen jämfört med äldre.

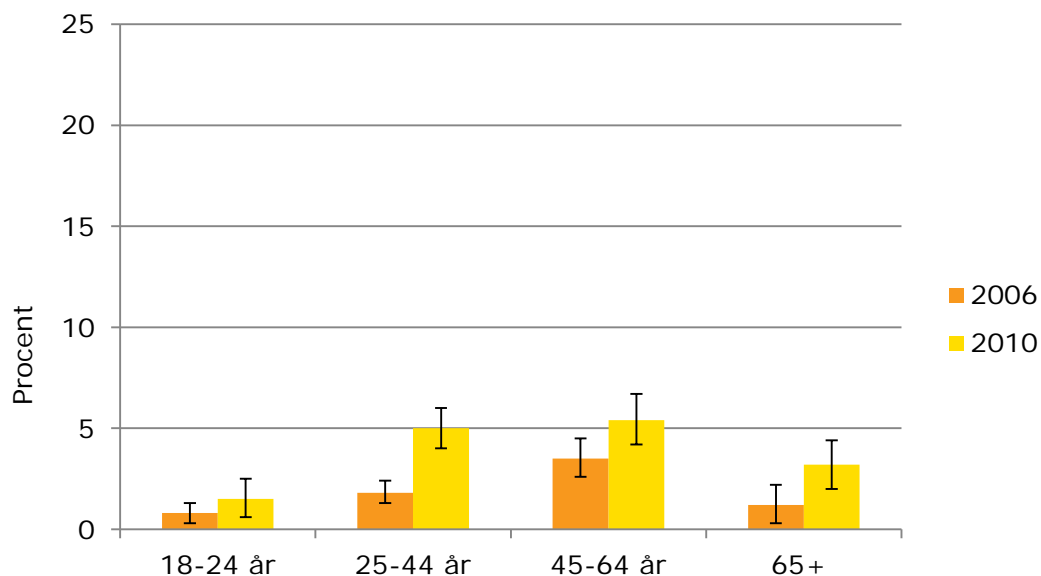
3.2.3 Andel personer med självrapporterad psykisk ohälsa som får psykosociala insatser på vårdcentralen

3.2.3.1 Ålder

Undersökningen visar att unga (18–24 år) med självrapporterad psykisk ohälsa i lägre utsträckning än personer med psykisk ohälsa i de övriga åldersgrupperna fått psykosociala insatser (dvs kontakt med kurator, psykoterapeut eller psykolog) på vårdcentralen (Figur 8). Ungefär dubbelt så många inom gruppen 65–44 år och mer än tre gånger fler i grupper 25–44 och 45–64 år jämfört med unga med likvärdig psykisk ohälsa har fått psykosociala insatser på vårdcentralen. Dessa skillnader är statistiskt säkerställda.

3.2.3.2 Över tid

Andel personer med psykisk ohälsa som fått psykosociala insatser på vårdcentralen har ökat i alla åldersgrupper mellan åren 2006 och 2010 vilket är väntat utifrån att resurserna ökat för denna typ av insatser. Dessa ökningarna är dock statistiskt säkerställda endast i gruppen 25–44 år.



Figur 8. Andel (%) av personer med självrapporterad psykisk ohälsa enligt GHQ-12 (GHQ12 \geq 4) som har fått psykosociala insatser på vårdcentralen i Stockholms län, år 2006 och 2010

3.2.4 Andel personer utan självrapporterad psykisk ohälsa som får psykosociala insatser på vårdcentralen

3.2.4.1 Ålder

Mellan 0,5 procent och 1 procent av personer utan självrapporterad psykisk ohälsa i samtliga åldersgrupper hade fått psykosociala insatser på vårdcentralen år 2010 (Tabell 7b, Bilaga 1).

3.2.4.2 Över tid

Andelen personer utan psykisk ohälsa som får psykosociala insatser på vårdcentralen har ökat i samtliga åldersgrupper mellan 2006 och 2010. Dessa ökningarna är dock statistiskt säkerställda endast i grupper 25–44 och 46–64 år.

3.3 Förskrivning av psykofarmaka

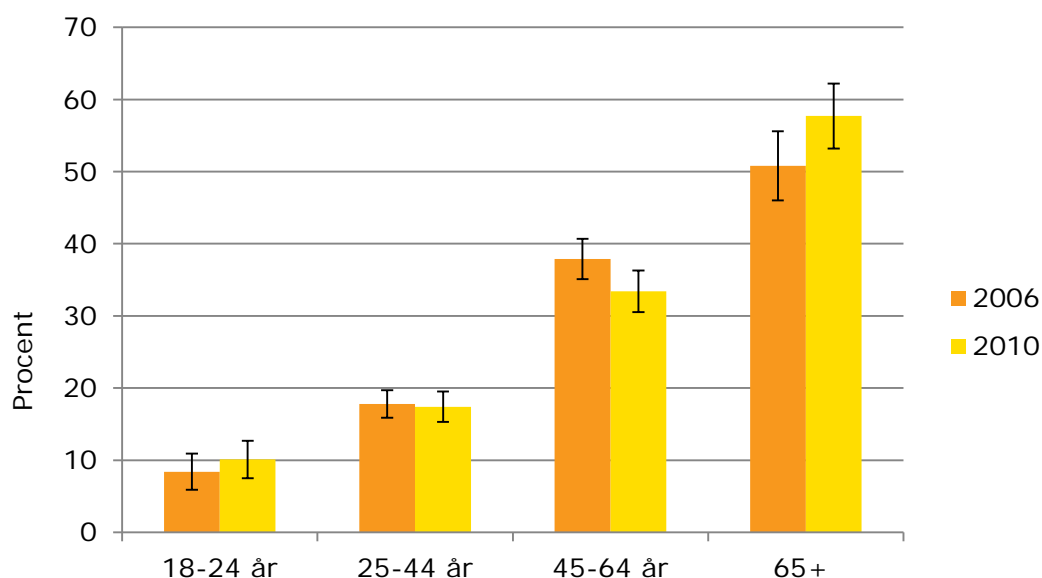
3.3.1 Andel personer med självrapporterad psykisk ohälsa som får psykofarmaka

Förskrivningen av psykofarmaka (antidepressiva medel (NO6A), lugnande medel (NO5B), neuroleptika (NO5A), sömnmedel (NO5C) och läkemedel för ADHD (NO6BA)) ökar med stigande ålder (Figur 9). Cirka tio procent av unga med självrapporterad psykisk ohälsa har fått psykofarmaka medan motsvarande siffra inom den äldsta gruppen (65 + år) med likvärdig psykisk ohälsa är närmare 60 procent. Observeras bör att även sömnmedel har räknats in i psykofarmaka gruppen. Undersökningen visar också att förskrivningen av psykofarmaka mellan åren 2006 och 2010 har ökat något i den yngsta och äldsta åldersgruppen. Dessa ökningarna är dock inte statistiskt säkerställda.

Således finns tecken på en "underkonsumtion" av psykofarmaka bland unga i jämförelse med övriga åldersgrupper.

3.3.2 Andel personer utan självrappporterad psykisk ohälsa som får psykofarmaka

Som förväntat, var det lägre andel personer utan självrappporterad psykisk ohälsa jämfört med personer som rapporterar psykisk ohälsa som fått psykofarmaka (Tabeller 4a och 4b, Bilaga 1). Omkring tre procent av unga utan självrappporterad psykisk ohälsa hade fått psykofarmaka medan motsvarande siffra i gruppen 25–44 år var sex procent. En fjärdedel av personer utan självrappporterad psykisk ohälsa i gruppen 65+ år hade fått psykofarmaka vilket delvis förklaras av förskrivning av sömnmedel. Dessa ålderskillnader är statistiskt säkerställda. Det förelåg inga förändringar i psykofarmakaförskrivning bland personer utan självrappporterad psykisk ohälsa mellan åren 2006 och 2010 (Figur 9).



Figur 9. Andel (%) av personer med självrappporterad psykisk ohälsa enligt GHQ-12 ($\text{GHQ12} \geq 4$) som fått psykofarmaka förskrivet enligt Läkemedelsregistret i Stockholms län år 2006 och 2010

4 Diskussion

Sammantaget visar våra resultat att de unga vuxna med självrapporterad psykisk ohälsa enligt GHQ-12 nyttjar den specialiserade psykiatriska vården i ungefär samma omfattning som personer i övriga åldersgrupper (med undantag av de allra äldsta som har det lägsta vårdutnyttjandet inom den specialiserade psykiatrin). Den psykiatriska vårdkonsumtionen hos personer med psykisk ohälsa har varit stabil under studietiden förutom hos personer med psykisk ohälsa 45–64 år mellan åren 2002 och 2006 där man ser en ökning av vårdkonsumtionen inom den specialiserade psykiatrin.

Den psykiatriska vårdkonsumtionen har däremot ökat markant bland unga som inte rapporterar psykisk ohälsa enligt GHQ12 mellan åren 2002 och 2010.

Vårdkonsumtionen inom den specialiserade psykiatrin har också ökat hos personer utan självrapporterad psykisk ohälsa 45–64 år mellan åren 2002 och 2006. Unga vuxna som inte rapporterar psykisk ohälsa enligt GHQ-12 söker sig till specialiserade psykiatrin i högre grad jämfört med personer utan psykisk ohälsa i övriga åldersgrupper under år 2010 (med undantag av gruppen 45–64 år där skillnaden inte är statistiskt säkerställd).

De unga tycks däremot vara underrepresenterade på vårdcentralen. Unga vuxna med självrapporterad psykisk ohälsa får i lägre grad än övriga åldersgrupper en psykiatrisk diagnos och psykosociala insatser på vårdcentralen. De har också den lägsta förskrivningen av psykofarmaka i jämförelse med personer med psykisk ohälsa i övriga åldersgrupper.

Sammantaget kan detta tolkas som att tröskeln för att söka sig till specialiserad psykiatri har sjunkit i den unga gruppen med lindrig självrapporterad psykisk ohälsa mellan åren 2002 och 2010. Alternativt kan ökningen i vårdkonsumtion inom den specialiserade psykiatrin bland unga bero på öknings, just bland de unga, av former av psykisk ohälsa som inte fångas upp av GHQ-12. Unga vuxna med psykisk ohälsa enligt GHQ-12 tycks däremot snarast "underkonsumera" vård eftersom de har kontakt med den specialiserade psykiatrin i liknande grad som andra åldersgrupper men är tydligt underrepresenterade på vårdcentraler. Vårdcentralen tycks inte fungera som "första linjens psykiatri" för de unga.

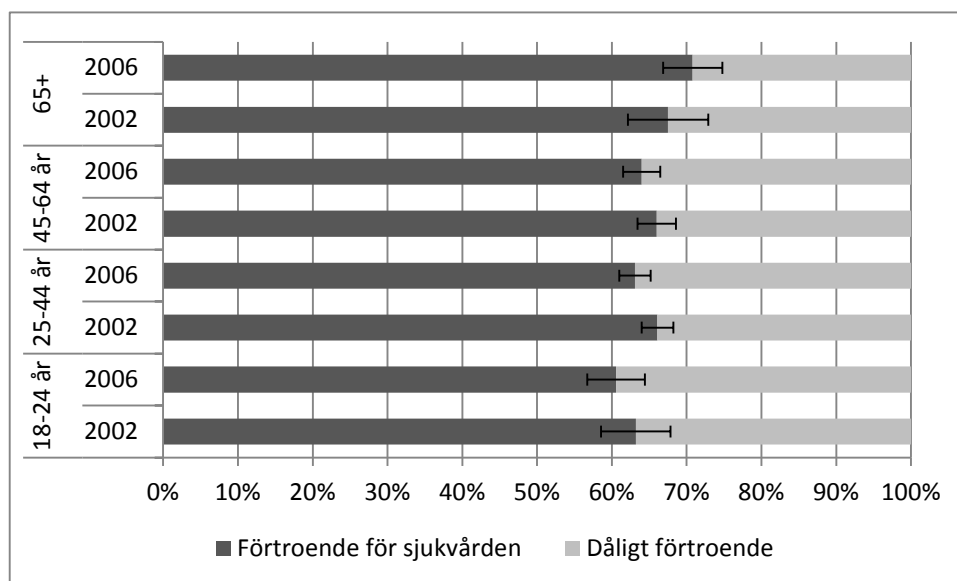
4.1 Möjliga förklaringar till varför den psykiatriska vårdkonsumtionen ökar bland unga

Undersökningen visade att cirka 10–15 procent av de personer i åldrarna 18–64 år med självrapporterad psykisk ohälsa mätt med GHQ12 söker specialiserad psykiatrisk vård. Samtidigt visar undersökningen att 4,5 procent av de unga som hamnar under tröskeln för sannolik psykisk ohälsa mätt med GHQ12 söker specialiserad psykiatrisk vård under år 2010. Detta är högre än i andra åldersgrupper. Flera unga utan självrapporterad psykisk ohälsa enligt GHQ12 (men också bland personer 45–64 år) söker specialiserad psykiatrisk vård år 2010 jämfört med 2002. Detta stämmer överens med forskningsresultat från andra utvecklade länder som visar att en stor andel av personer som söker psykiatrisk vård inte rapporterar psykisk ohälsa vid diagnostiska intervjuer (16). Våra resultat kan tolkas som att tröskeln för att söka specialiserad psykiatrisk vård har sjunkit bland unga. En möjlig förklaring är att framsteg i utbudet av behandlingar mot psykisk ohälsa har utvidgat det spektrum av patienter som kvalificerar sig för dessa

behandlinger och därmed söker vård, så att det numera omfattar flera individer med lindriga besvär.

Ytterligare en förklaring till varför den psykiatriska vårdkonsumtionen ökat bland unga som inte rapporterar psykisk ohälsa enligt GHQ12 är att ökningen i vårdkonsumtionen delvis beror på ökningarna i antalet neuropsykiatriska utredningar och av neuropsykiatriska diagnoser såsom ADHD och autismspektrum störningar. I rapporten mäts psykisk ohälsa med frågebatteriet GHQ12. Det är framförallt personer som drabbas av depressioner och ångest som GHQ12 ska fånga in. Därför kan vi inte utesluta att neuropsykiatriska tillstånd inte fångas av frågebatteriet GHQ12 i samma utsträckning som depression och ångest och möjligen utreds fler unga för dessa tillstånd. Å andra sidan har personer med neuropsykiatriska tillstånd också ofta problem med ångest och depression. Den sammantagna bedömningen är att detta troligen bara delvis skulle kunna förklara resultaten.

En annan förklaring kan vara att eftersom vårdcentralen inte fungerar som första linjes psykiatri för de unga kan detta bidra till ökningen i vårdkonsumtionen inom den specialiserade psykiatrin. Enligt folkhälsoenkäten har den unga gruppen lägre förtroende för sjukvården jämfört med andra åldersgrupper (Figur 10). Misstron mot sjukvården kan påverka vårdval hos unga som hellre söker sig till experter än till husläkare. Forskning visar att unga med psykisk ohälsa gör mer komplexa vårdval än andra åldersgrupper och hellre söker vård på specialistnivå än inom primärvården. (17).



Figur 10. Andel (%) som rapporterar förtroende för sjukvården med självrapporterad psykisk ohälsa enligt GHQ-12 ($\text{GHQ12} \geq 4$) i Stockholms län år 2002 och 2006

4.2 De unga med psykisk ohälsa är underrepresenterade på vårdcentralen

Vårdcentralen är tänkt att fungera som första linjens hjälp vid psykiska problem det vill säga det är dit invånare i första hand ska vända sig vid psykisk ohälsa. Vårdcentralen tycks också ha goda förutsättningar att fungera som en arena där den psykiatriska sjukligheten kan identifieras eftersom 60–90 procent av befolkningen besöker en vårdcentral under ett år (18). Emellertid visar våra resultat tydligt att de unga vuxna med självrapporterad psykisk ohälsa inte får hjälp på vårdcentralen i samma omfattning som äldre.

En möjlig förklaring är att de unga inte har etablerade kontakter med vårdcentralen i samma utsträckning som äldre. Detta är förväntat eftersom den somatiska ohälsan ökar med stigande ålder. Det kan falla sig mer naturligt att söka hjälp för den psykiska ohälsan på vårdcentralen om man redan har en etablerad vårdkontakt.

Å andra sidan kan det vara så att unga med psykisk ohälsa inte berättar eller tillfrågas om sina problem i samma utsträckning när de kommer till vårdcentralen. Vi har undersökt hur stor andel av de unga med självrapporterad psykisk ohälsa i jämförelse med andra åldersgrupper som får en psykiatrisk diagnos bland dem som faktiskt kommer till vårdcentralen. Dessa beräkningar visar att cirka tio procent av de unga vuxna med psykisk ohälsa som besöker vårdcentralen får en psykiatrisk diagnos medan motsvarande siffra för 45–64 åringar är 20 procent. Detta betyder att de unga med psykisk ohälsa identifieras på vårdcentralen i lägre grad jämfört med övriga åldersgrupper.

Sammanfattningsvis verkar det finnas åtminstone tre förklaringar till att de unga med psykisk ohälsa inte identifieras på vårdcentralen: 1) De unga har lägre förtroende för vården och söker därför på "expertnivå" direkt 2) De unga har inte en etablerad kontakt med vårdcentralen och söker därför inte vård där 2) De berättar/tillfrågas inte i lika hög grad som äldre om psykisk ohälsa när de väl besöker vårdcentralen.

Det finns forskning som stödjer åtminstone de två senare av dessa slutsatser. En kvalitativ studie från England visade att unga inte uppfattar vårdcentralen som ett ställe där det finns hjälp att få för psykologiska problem (11). Andra studier visar att unga som kommer till sin husläkare inte är villiga att berätta om sina psykiska besvär eftersom de kan känna sig generade, oroa sig över bristande förtroende eller att de känner att det inte finns tid att ta upp ämnet. Det tycks också finnas en allmän mening bland vissa ungdomar att känslomässiga problem inte ska åtgärdas inom sjukvården utan är något som var och en ska reda upp på egen hand (11,19,20). Liknande slutsatser dras från en väntrumstudie från Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) som funnit att närmare hälften (43%) av de unga som deltog i studien inte trodde att vårdcentralen var ett ställe där unga som mår psykiskt dåligt kan få hjälp. Två tredjedelar av dem som uppgav psykisk ohälsa i väntrummet berättade inte om det för sin läkare (19). Det finns också forskning som visar att de unga som söker vårdcentralen ofta presenterar sina symptom som kroppsliga varvid de psykologiska problemen kan förbli oupptäckta (22,23).

Att unga vuxna med psykisk ohälsa inte kommer till vårdcentralen eller att deras vårdbehov inte blir upptäckta där vittnar om att vårdcentralen inte fungerar som det första steget till vård för psykisk ohälsa för unga vuxna med psykiska problem.

4.3 De unga med psykisk ohälsa har lägst förskrivning av psykofarmaka

Vi finner också att förskrivningen av psykofarmaka är lägst i den unga gruppen. Detta kan delvis hänga samman med att unga med psykisk ohälsa inte identifieras på vårdcentralen. En annan förklaring till den låga förskrivningen av psykofarmaka i den unga gruppen kan vara att det finns en utbredd försiktighet bland läkare att förskriva psykofarmaka till unga (24).

4.4 Metodologiska överväganden

Vår studie bygger på antagandet att mätningen av psykisk ohälsa med hjälp av GHQ12 är jämförbar mellan olika åldersgrupper vilket stöds av tidigare studier (13–15). Likväl kan åldersrelaterade olikheter inte helt uteslutas. Eftersom vi inhämtar information om vårdkonsumtion inom sex månader efter mätningen av psykisk ohälsa, kan olikheter i stabilitet av psykisk ohälsa mellan åldersgrupper ha påverkat våra resultat. Vi kan till exempel inte utesluta att flera unga som har skattat lägre än 4 på GHQ12 insjuknar i psykisk ohälsa jämfört med äldre och därmed söker vård inom 6 månader. Å andra sidan borde i så fall också det motsatta gälla det vill säga att fler unga som skattat högre än 4 vid mättillfället förbättrats hälsomässigt jämfört med äldre personer. Dessutom skulle instabilitet i psykisk ohälsa inte kunna förklara skillnader i vårdkonsumtion bland unga utan psykisk ohälsa mellan åren 2002 och 2010. Trots att GHQ primärt är ett screeningsinstrument, har det visat sig ha avsevärd långtidsstabilitet (25). En annan svaghet är att vår studiepopulation består av personer hämtade från en populationsbaserad enkätstudie som har ett stort bortfall (52,5%) vilket kan ha lett till en viss selektion av deltagare, exempelvis att de allra sjukaste inte deltar. Emellertid borde inte detta påverka våra resultat i någon högre grad eftersom alla jämförelser görs mellan åldersgrupper. Vi vill också understryka att gruppen unga personer i vår studie består av cirka 7000 personer varav dryga 1600 personer rapporterar psykisk ohälsa och att detta innebär att resultaten för denna grupp är osäkrare jämfört med övriga åldersgruppers. Av denna anledning har vi genomgående beräknat den statistiska säkerheten.

En ytterligare svaghet är att diagnosregistreringen inom vården inte är heltäckande. Framförallt har detta varit ett problem inom vårdcentraler och psykiatrisk öppenvård där systemtekniska skäl gjort att diagnos i de lokala system inte överförs till de centrala system som vi använder. Från och med år 2006 fungerar detta avsevärt bättre, både inom psykiatrisk öppenvård och för läkarbesök på vårdcentralen. På vuxenpsykiatriska kliniker finns år 2006 en registrerad diagnos för 70 procent av alla besök. Tittar man på läkarbesök (av vuxna 18+) på vårdcentraler har man för samma år en registrerad diagnos för 78 procent av besöken. Eftersom vi gör jämförelser mellan åldersgrupper spelar inte de absoluta talen någon roll och detta skulle endast påverka resultaten om man kan förvänta sig att de unga i lägre grad skulle få en psykiatrisk diagnos jämfört med övriga åldersgrupper när en vårdcentralsläkare väl identifierat psykisk ohälsa. Detta kan förstås vara fallet men borde inte förklara hela skillnaden.

En annan brist är att vi inte kunnat inkludera ungdomsmottagningarna i vår undersökning. Ungdomsmottagningarna registrerar inte personnummer och endast besök som i huvudsak rör preventivmedelsrådgivning och könssjukdomar är registrerade inom landstingets VAL databaserna. Därför kan vården där inte beskrivas i detta sammanhang. Vi har däremot gjort en skattning av hur stor andel av Stockholms

stads unga i åldern 18–24 år som har kontakt under år 2010 med ungdomsmottagningar på grund av psykiska problem och funnit att det är cirka 1–1,5 procent. Jämfört med att cirka åtta procent av länets 18–24 åringar har kontakt med den specialiserade psykiatrin (inklusive beroendevården) är denna siffra inte hög. Det är också mindre än de cirka tre procent av länets 18–24 åringar som år 2010 har fått en psykiatrisk diagnos på vårdcentralen. Frågan är om detta kompenserar så att den unga gruppens behov därmed är tillgodosedda? Med tanke på att gruppen unga vuxna är den grupp som har högst förekomst av psykisk ohälsa skulle ett tillägg av en procent fortfarande medföra en lägre total vårdkonsumtion på grund av psykisk ohälsa jämfört med övriga åldersgrupper även om man inte räknade med att vissa personer besöker flera vårdalternativ (t ex har kontakt med både psykiatrisk öppenvård och en ungdomsmottagning).

Referenser

1. Folkhälsorapport 2011. Stockholm: Stockholms läns landsting 2011.
2. Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen 2009.
3. Kosidou K, Magnusson C, Mittendorfer-Rutz E, Hallqvist J, Hellner Gumpert C, Idrizbegovic S, Dal H, Dalman C. Recent time trends in levels of self-reported anxiety, mental health service use and suicidal behaviour in Stockholm. *Acta Psychiatr Scand.* 2010 Jul;122(1):47–55.
4. Svenska skolbarns hälsovanor 2005/2006. Statens folkhälsoinstitut
5. Svenska skolbarns hälsovanor 2010, Promemoria
<http://www.fhi.se/Documents/Aktuellt/press/20110302-Skolbarnshalsovanor.pdf>
6. Folkhälsorapporten 2007. Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting.
7. Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC). SCB.
http://www.scb.se/Pages/ProductTables____12209.aspx.
8. Psykiatrisk vårdkonsumtion i Stockholms län 1998–2004. Centrum för folkhälsa, Rapport 2005:4.
9. Goldberg D. GHQ and psychiatric case. *Br J Psychiatry.* 1979 Apr;134:446–7.
10. McDowell I & Newell C. *Measuring Health- A guide to rating Scales and Questionnaires.* Second edition, 1996.
11. Biddle L, Donovan JL, Gunnell D, Sharp D. Young adults' perceptions of GPs as a help source for mental distress: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2006; 56(533):924–31.
12. Fryers T, Brugha T, Morgan Z, Smith J, Hill T, Carta M, et al. Prevalence of psychiatric disorder in Europa: the potential and reality of meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2004; 39(11):899–905.
13. Psykisk ohälsa hos unga. Centrum för folkhälsa, Rapport, 2004:6.
14. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, Rutter C. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med.* 1997 Jan;27(1):191–7.
15. O'Connor DW, Parslow RA. Mental health scales and psychiatric diagnoses: responses to GHQ-12, K-10 and CIDI across the lifespan. *J Affect Disord.* 2010 Mar;121(3):263–7.
16. Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Jun;62(6):629–40.
17. Woodward AT. A Latent Class Analysis of Age Differences in Choosing Service Providers to Treat Mental and Substance Use Disorders. *Psychiatr Serv.* 2013 Aug 1. doi: 10.1176/appi.ps.201200401.
18. Stockholms läns landstings befintliga vårdregister (VAL databaserna).

19. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2010, 10:113.
20. Bushnell J, McLeod D, Dowell A, Salmond C, Ramage S, Collings S, Ellis P, Kljakovic M, McBain L, for the MaGPIe Research Group. Do patients want to disclose psychological problems to GPs? *Family Practice* 2005; 22: 631–637.
21. Den dolda psykiska ohälsan bland unga vuxna som uppsöker vårdcentral. Karolinska Institutets folkhälsoakademi, 2009:3.
22. Edlund MJ, Unutzer J, Wells KB. Clinician screening and treatment of alcohol, drug, and mental problems in primary care: results from healthcare for communities. *Medical Care*. 2004;42(12):1158–66.
23. Karvonen JT, Veijola J, Jokelainen J, Läksy K, Jarvelin MR, Joukamaa M. Somatization disorder in young adult population. *General Hospital Psychiatry*. 2004;26(1):9–12.
24. Antidepressiva läkemedel vid psykisk ohälsa. Studier av praxis i primärvården. Socialstyrelsen 2006. Publicering: www.socialstyrelsen, juni 2006.
25. Rijdsdijk FV, Snieder H, Ormel J, Sham P, Goldberg DP, Spector TD. Genetic and environmental influences on psychological distress in the population: General Health Questionnaire analyses in UK twins. *Psychol Med*. 2003 Jul;33(5):793–801.

Bilagor

Bilaga 1

Tabell 2a. Andel (%) personer i specialiserad psykiatri (inklusive öppen-, sluten- och beroendevård) i Stockholms län, 2002

	Kvinnor						Män											
	GHQ12 >=4			GHQ12 <4			GHQ12 >=4			GHQ12 <4								
	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal						
Totalt																		
18-24 år	9,9	+ - 3,0	431	1,5	+ - 0,8	1121	10,5	+ - 3,6	317	1,7	+ - 1,0	641	8,8	+ - 5,2	114	1,3	+ - 1,1	480
25-44 år	10,9	+ - 1,6	1954	2,2	+ - 0,4	6613	11,8	+ - 2,0	1316	2,7	+ - 0,6	3712	9,5	+ - 2,7	638	1,6	+ - 0,5	2901
45-64 år	9,0	+ - 1,8	1338	2,1	+ - 0,4	7857	9,4	+ - 2,2	856	2,2	+ - 0,5	4094	8,4	+ - 3,0	482	2,0	+ - 0,5	3763
65 +år	2,6	+ - 1,9	305	0,9	+ - 0,4	3778	3,4	+ - 2,8	198	0,9	+ - 0,6	2030	1,1	+ - 1,5	107	0,9	+ - 0,5	1748

Tabell 2b. Andel (%) personer i specialiserad psykiatri (inklusive öppen-, sluten- och beroendevård) i Stockholms län, 2006

	Kvinnor						Män											
	GHQ12 >=4			GHQ12 <4			GHQ12 >=4			GHQ12 <4								
	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal						
Totalt																		
18-24 år	11,3	+ - 2,8	629	2,8	+ - 0,8	2200	12,2	+ - 3,5	432	3,2	+ - 1,1	1173	9,9	+ - 4,8	197	2,3	+ - 1,0	1027
25-44 år	12,6	+ - 1,7	2096	2,9	+ - 0,4	10322	14,1	+ - 2,1	1392	3,8	+ - 0,6	5674	10,4	+ - 2,7	704	2,1	+ - 0,5	4648
45-64 år	15,2	+ - 2,2	1502	3,1	+ - 0,4	10873	14,9	+ - 2,8	914	3,3	+ - 0,6	5642	15,7	+ - 3,5	588	2,9	+ - 0,6	5231
65 +år	6,6	+ - 2,3	542	1,4	+ - 0,3	6054	6,7	+ - 2,9	360	1,3	+ - 0,4	3235	6,4	+ - 3,8	182	1,5	+ - 0,6	2819

Tabell 2c. Andel (%) personer i specialiserad psykiatri (inklusive öppen-, sluten- och beroendevård) i Stockholms län, 2010

	Kvinnor						Män											
	GHQ12 >=4			GHQ12 <4			GHQ12 >=4			GHQ12 <4								
	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal						
Totalt																		
18-24 år	11,9	+ - 3,1	583	4,5	+ - 1,0	1975	12,3	+ - 3,6	395	+ - 5,4	+ - 1,5	1052	11,3	+ - 5,5	188	3,8	+ - 1,5	923
25-44 år	10,6	+ - 1,7	1713	2,7	+ - 0,4	7669	11,6	+ - 2,2	1141	+ - 3,2	+ - 0,7	4208	9,2	+ - 2,7	572	2,3	+ - 0,6	3461
45-64 år	12,0	+ - 2,0	1409	3,1	+ - 0,5	9119	13,8	+ - 2,7	900	+ - 2,9	+ - 0,6	4796	9,4	+ - 3,0	509	3,2	+ - 0,7	4323
65 +år	6,1	+ - 2,1	631	1,3	+ - 0,3	7221	6,0	+ - 2,6	386	+ - 1,6	+ - 0,5	3793	6,3	+ - 3,6	245	1,0	+ - 0,4	3428

Tabell 3a. Andel (%) personer med psykiatrisk diagnos på vårdcentralen i Stockholms län, 2006

	Kvinnor						Män											
	GHQ12 >=4			GHQ12 <4			GHQ12 >=4			GHQ12 <4								
	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal						
Totalt																		
	2,6	+ - 1,3	629	1,0	+ - 0,5	2200	3,4	+ - 1,9	432	1,3	+ - 0,7	1173	1,1	+ - 1,3	197	0,7	+ - 0,6	1027
18-24 år	5,8	+ - 1,1	2096	1,9	+ - 0,3	10322	7,6	+ - 1,6	1392	2,8	+ - 0,5	5674	3,0	+ - 1,4	704	1,2	+ - 0,4	4648
25-44 år	10,6	+ - 1,8	1502	2,6	+ - 0,3	10873	12,2	+ - 2,5	914	3,3	+ - 0,5	5642	8,5	+ - 2,7	588	2,0	+ - 0,5	5231
45-64 år	7,2	+ - 2,4	542	3,1	+ - 0,5	6054	9,5	+ - 3,4	360	3,9	+ - 0,8	3235	2,9	+ - 2,2	182	2,1	+ - 0,6	2819

Tabell 3b. Andel (%) personer med psykiatrisk diagnos på vårdcentralen i Stockholms län, 2010

	Kvinnor						Män											
	GHQ12 >=4			GHQ12 <4			GHQ12 >=4			GHQ12 <4								
	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal						
Totalt																		
	5,1	+ - 2,1	583	1,5	+ - 0,6	1975	5,1	+ - 2,5	395	+ - 1,5	+ - 0,7	1052	5,0	+ - 3,5	188	1,6	+ - 0,9	923
18-24 år	7,4	+ - 1,4	1713	2,1	+ - 0,4	7669	8,8	+ - 1,9	1141	+ - 2,5	+ - 0,6	4208	5,5	+ - 2,1	572	1,9	+ - 0,5	3461
25-44 år	11,2	+ - 2,0	1409	2,9	+ - 0,4	9119	12,0	+ - 2,6	900	+ - 4,0	+ - 0,7	4796	9,2	+ - 3,0	509	1,8	+ - 0,5	4323
45-64 år	13,7	+ - 3,3	631	3,2	+ - 0,5	7221	12,1	+ - 3,6	386	+ - 4,3	+ - 0,8	3793	16,3	+ - 6,3	245	2,1	+ - 0,6	3428

Tabell 4a. Andel (%) personer som fått förskrivet psykofarmaka enligt Läkemedelsregistret i Stockholms län, 2006

	Totalt						Kvinnor						Män					
	GHQ12>=4			GHQ12<4			GHQ12>=4			GHQ12<4			GHQ12>=4			GHQ12<4		
	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal
18–24 år	8,4	+ - 2,5	629	2,8	+ - 0,8	2200	8,5	+ - 3,0	432	2,8	+ - 1,0	1173	8,3	+ - 4,5	197	2,8	+ - 1,6	1027
25–44 år	17,8	+ - 1,9	2096	6,3	+ - 0,6	10322	20,8	+ - 2,5	1392	8,0	+ - 0,8	5674	13,4	+ - 2,9	704	4,8	+ - 0,7	4648
45–64 år	37,9	+ - 2,8	1502	13,1	+ - 0,7	10873	41,8	+ - 3,7	914	16,3	+ - 1,1	5642	32,6	+ - 4,4	588	10,1	+ - 1,0	5231
65+år	50,8	+ - 4,8	542	22,7	+ - 1,2	6054	59,7	+ - 5,8	360	28,6	+ - 1,8	3235	34,2	+ - 7,8	182	15,7	+ - 1,6	2819

Tabell 4b. Andel (%) personer som fått förskrivet psykofarmaka enligt Läkemedelsregistret i Stockholms län, 2010

	Totalt						Kvinnor						Män					
	GHQ12>=4			GHQ12<4			GHQ12>=4			GHQ12<4			GHQ12>=4			GHQ12<4		
	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal
18–24 år	10,1	+ - 2,6	583	3,1	+ - 0,8	1975	11,2	+ - 3,4	395	3,9	+ - 1,2	1052	8,3	+ - 4,0	188	2,4	+ - 1,1	923
25–44 år	17,4	+ - 2,1	1713	6,2	+ - 0,6	7669	20,0	+ - 2,7	1141	7,6	+ - 0,9	4208	13,6	+ - 3,1	572	4,9	+ - 0,8	3461
45–64 år	33,4	+ - 2,9	1409	13,1	+ - 0,8	9119	37,8	+ - 3,8	900	17,5	+ - 1,3	4796	27,1	+ - 4,5	509	8,7	+ - 1,0	4323
65+år	57,7	+ - 4,5	631	24,7	+ - 1,2	7221	58,4	+ - 5,6	386	30,7	+ - 1,7	3793	56,4	+ - 7,4	245	17,2	+ - 1,5	3428

Tabell 5a. Andel (%) personer som besökte vårdcentralen i Stockholms län, 2002

	Totalt						Kvinnor						Män					
	GHQ12>=4			GHQ12<4			GHQ12>=4			GHQ12<4			GHQ12>=4			GHQ12<4		
	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal
18–24 år	30,4	+ - 4,7	431	21,4	+ - 2,6	1121	35,8	+ - 5,7	317	25,6	+ - 3,7	641	18,0	+ - 7,6	114	17,0	+ - 3,7	480
25–44 år	32,7	+ - 2,3	1954	22,6	+ - 1,1	6613	38,7	+ - 2,9	1316	28,3	+ - 1,6	3712	23,5	+ - 3,6	638	16,9	+ - 1,5	2901
45–64 år	42,2	+ - 3,0	1338	28,3	+ - 1,0	7857	44,1	+ - 3,7	856	32,6	+ - 1,6	4094	39,1	+ - 5,0	482	23,0	+ - 1,5	3763
65+år	62,0	+ - 6,0	305	45,6	+ - 1,8	3778	63,2	+ - 7,4	198	47,6	+ - 2,4	2030	59,5	+ - 10,2	107	43,2	+ - 2,6	1748

Tabell 5b. Andel (%) personer som besökte vårdcentralen i Stockholms län, 2006

	Totalt						Kvinnor						Män					
	GHQ12>=4			GHQ12<4			GHQ12>=4			GHQ12<4			GHQ12>=4			GHQ12<4		
	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal
18–24 år	32,1	+ - 4,2	629	27,6	+ - 2,1	2200	34,9	+ - 5,1	432	34,7	+ - 3,1	1173	27,3	+ - 7,0	197	21,7	+ - 2,9	1027
25–44 år	43,3	+ - 2,4	2096	31,8	+ - 1,0	10322	48,0	+ - 3,0	1392	37,6	+ - 1,4	5674	36,3	+ - 4,0	704	26,3	+ - 1,4	4648
45–64 år	52,7	+ - 2,9	1502	37,7	+ - 1,1	10873	58,0	+ - 3,7	914	43,1	+ - 1,5	5642	45,5	+ - 4,6	588	32,4	+ - 1,5	5231
65+år	65,5	+ - 4,6	542	57,6	+ - 1,4	6054	69,0	+ - 5,6	360	59,4	+ - 1,9	3235	59,0	+ - 8,1	182	55,5	+ - 2,1	2819

Tabell 5c. Andel (%) personer som besökte vårdcentralen i Stockholms län, 2010

	Totalt						Kvinnor						Män					
	GHQ12>=4			GHQ12<4			GHQ12>=4			GHQ12<4			GHQ12>=4			GHQ12<4		
	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal
18–24 år	44,4	+ - 4,6	583	31,6	+ - 2,3	1975	47,2	+ - 5,6	395	38,0	+ - 3,3	1052	39,8	+ - 8,0	188	26,2	+ - 3,2	923
25–44 år	43,2	+ - 2,7	1713	33,9	+ - 1,2	7669	50,2	+ - 3,3	1141	41,1	+ - 1,7	4208	33,1	+ - 4,4	572	27,3	+ - 1,7	3461
45–64 år	55,5	+ - 3,1	1409	42,2	+ - 1,2	9119	57,9	+ - 3,8	900	47,8	+ - 1,7	4796	51,8	+ - 5,0	509	36,9	+ - 1,7	4323
65+år	70,1	+ - 4,3	631	61,7	+ - 1,3	7221	69,9	+ - 5,3	386	64,6	+ - 1,8	3793	70,4	+ - 7,0	245	58,1	+ - 2,0	3428

Tabell 6a. Andel (%) personer i olika åldersgrupper i Stockholms län, 2002

	Totalt						Kvinnor						Män					
	GHQ12>=4			GHQ12<4			GHQ12>=4			GHQ12<4			GHQ12>=4			GHQ12<4		
	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal
18–24 år	26,5	+ - 1,9	431	73,5	+ - 1,9	1121	33,3	+ - 2,5	317	66,7	+ - 2,5	641	19,5	+ - 2,7	114	80,5	+ - 2,7	480
25–44 år	22,9	+ - 0,8	1954	77,1	+ - 0,8	6613	26,9	+ - 1,1	1316	73,1	+ - 1,1	3712	18,8	+ - 1,1	638	81,2	+ - 1,1	2901
45–64 år	15,7	+ - 0,7	1338	84,4	+ - 0,7	7857	18,6	+ - 1,0	856	81,5	+ - 1,0	4094	12,8	+ - 1,0	482	87,2	+ - 1,0	3763
65+år	8,1	+ - 0,8	305	91,9	+ - 0,8	3778	9,5	+ - 1,1	198	90,5	+ - 1,1	2030	6,2	+ - 1,0	107	93,8	+ - 1,0	1748

Tabell 6b. Andel (%) personer i olika åldersgrupper i Stockholms län, 2006

	Totalt						Kvinnor						Män					
	GHQ12>=4			GHQ12<4			GHQ12>=4			GHQ12<4			GHQ12>=4			GHQ12<4		
	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal
18–24 år	22,4	+ - 1,5	629	77,6	+ - 1,5	2200	28,4	+ - 2,2	432	71,6	+ - 2,2	1173	16,6	+ - 2,0	197	83,5	+ - 2,0	1027
25–44 år	17,0	+ - 0,6	2096	83,0	+ - 0,6	10322	20,3	+ - 0,9	1392	79,7	+ - 0,9	5674	13,7	+ - 0,9	704	86,3	+ - 0,9	4648
45–64 år	12,6	+ - 0,6	1502	87,4	+ - 0,6	10873	14,5	+ - 0,8	914	85,5	+ - 0,8	5642	10,7	+ - 0,8	588	89,3	+ - 0,8	5231
65+år	8,5	+ - 0,7	542	91,5	+ - 0,7	6054	10,0	+ - 1,0	360	90,0	+ - 1,0	3235	6,7	+ - 0,9	182	93,4	+ - 0,9	2819

Tabell 6c. Andel (%) personer i olika åldersgrupper i Stockholms län, 2010

	Totalt						Kvinnor						Män					
	GHQ12>=4			GHQ12<4			GHQ12>=4			GHQ12<4			GHQ12>=4			GHQ12<4		
	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal
18–24 år	22,4	+ - 1,6	583	77,6	+ - 1,6	1975	28,0	+ - 2,2	395	72,0	+ - 2,2	1052	17,0	+ - 2,1	188	83,0	+ - 2,1	923
25–44 år	18,4	+ - 0,8	1713	81,7	+ - 0,8	7669	21,9	+ - 1,1	1141	78,1	+ - 1,1	4208	14,8	+ - 1,1	572	85,2	+ - 1,1	3461
45–64 år	14,1	+ - 0,7	1409	86,0	+ - 0,7	9119	16,8	+ - 1,0	900	83,2	+ - 1,0	4796	11,3	+ - 0,9	509	88,7	+ - 0,9	4323
65+år	8,8	+ - 0,6	631	91,2	+ - 0,6	7221	9,9	+ - 0,9	386	90,1	+ - 0,9	3793	7,4	+ - 0,9	245	92,6	+ - 0,9	3428

Tabell 7a. Andel (%) personer som fått sociala insatser på vårdcentralen i Stockholms län, 2006

	Totalt						Kvinnor						Män					
	GHO12>=4			GHO12<4			GHO12>=4			GHO12<4			GHO12>=4			GHO12<4		
	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal
18-24 år	0,8	+ - 0,5	629	0,3	+ - 0,2	2200	0,8	+ - 0,7	432	0,5	+ - 0,4	1173	0,7	+ - 0,8	197	0,1	+ - 0,2	1027
25-44 år	1,8	+ - 0,6	2096	0,6	+ - 0,1	10322	2,2	+ - 0,8	1392	0,9	+ - 0,2	5674	1,3	+ - 0,8	704	0,2	+ - 0,2	4648
45-64 år	3,5	+ - 0,9	1502	0,4	+ - 0,1	10873	3,8	+ - 1,2	914	0,6	+ - 0,2	5642	3,3	+ - 1,5	588	0,3	+ - 0,2	5231
65+år	1,2	+ - 0,9	542	0,2	+ - 0,1	6054	0,9	+ - 0,8	360	0,3	+ - 0,2	3235	1,8	+ - 2,3	182	0,2	+ - 0,2	2819

Tabell 7b. Andel (%) personer som fått sociala insatser på vårdcentralen i Stockholms län, 2010

	Totalt						Kvinnor						Män					
	GHO12>=4			GHO12<4			GHO12>=4			GHO12<4			GHO12>=4			GHO12<4		
	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal	%	Ki	Antal
18-24 år	1,6	+ - 0,9	583	0,5	+ - 0,2	1975	2,5	+ - 1,5	395	0,6	+ - 0,3	1052	0,0	+ - 0,0	188	0,4	+ - 0,4	923
25-44 år	5,0	+ - 1,0	1713	1,0	+ - 0,2	7669	6,3	+ - 1,4	1141	1,5	+ - 0,4	4208	3,2	+ - 1,3	572	0,6	+ - 0,2	3461
45-64 år	5,4	+ - 1,3	1409	0,9	+ - 0,2	9119	5,9	+ - 1,7	900	1,4	+ - 0,3	4796	4,7	+ - 2,0	509	0,4	+ - 0,2	4323
65+år	3,2	+ - 1,2	631	0,5	+ - 0,2	7221	3,7	+ - 1,7	386	0,8	+ - 0,3	3793	2,4	+ - 1,6	245	0,2	+ - 0,1	3428

Bilaga 2

Här återges GHQ12-frågorna med svarsalternativ:

1. Har Du de senaste veckorna kunnat koncentrera Dig på allt Du gjort?

- Bättre än vanligt
- Som vanligt
- Sämre än vanligt
- Mycket sämre än vanligt

2. Har Du haft svårt att sova på grund av oro de senaste veckorna?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

3. Upplever Du att Du gjort nytta de senaste veckorna?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

4. Har Du de senaste veckorna kunnat fatta beslut i olika frågor?

- Bättre än vanligt
- Som vanligt
- Sämre än vanligt
- Mycket sämre än vanligt

5. Har Du ständigt känt Dig spänd de senaste veckorna?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

6. Har Du de senaste veckorna känt att Du inte kunnat klara Dina problem?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

7. Har Du de senaste veckorna känt att Du kunnat uppskatta det Du gjort om dagarna?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

8. Har Du de senaste veckorna kunnat ta itu med Dina problem?

- Bättre än vanligt
- Som vanligt
- Sämre än vanligt
- Mycket sämre än vanligt

9. Har Du de senaste veckorna känt Dig olycklig och nedstämd?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

10. Har Du de senaste veckorna förlorat tron på Dig själv?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

11. Har Du tyckt att Du varit värdelös de senaste veckorna?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

12. Har Du på det hela taget känt Dig någorlunda lycklig de senaste veckorna?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

Bilaga 3

Ungdomsmottagningarna (UM) i Stockholms stad; kuratorsbesöksstatistik avseende åren 2008, 2009 och 2010

Källa: Gunilla Olofsson, Socialtjänst- och arbetsmarknadsförvaltningen, avdelningen för stadsövergripande sociala frågor.

I denna sammanställning ingår följande nio UM inom Stockholms stad; Enskede, Farsta, Järva, Midsommarkransen, Rågsved, Skarpnäck, Skärholmen, Södermalm och Västerort.

Kuratorsbesöksstatistiken finns från åren 2008, 2009 och 2010.

Tabell 1. Antal besökare hos kuratorn på UM under åren 2008-2010

	2008	2009	2010
Kvinnor	*	*	2010
Män	*	*	488
Ej angivet	*	*	92
Summa antal besökare	2402	2423	2590
Befolkning 13–24 år i Stockholms stad	110043	112724	114384
Antal besökare/100 invånare 13–24 år	2,2%	2,1%	2,3%

* = uppgift saknas

Tabell 1 visar att cirka 2500 unga besöker kuratorn på Stockholms stads UM vilket utgör dryga 2 procent av befolkningen i åldrarna 13–24 år i Stockholms stad. Vi finner att ungefär tre av fyra kuratorsbesök görs av kvinnor år 2010. Vi saknar uppgift om könsfördelning för besökare från år 2008 och 2009, men den torde vara ungefär densamma som år 2010. Åldersstatistiken (antal besök per åldersgrupp) som finns tillgängligt enbart från år 2009 visar att omkring 65 procent av besöken görs av 18–22 åringar.

Tabell 2. Antal kuratorsbesök på UM i Stockholms stad under åren 2008-2010.

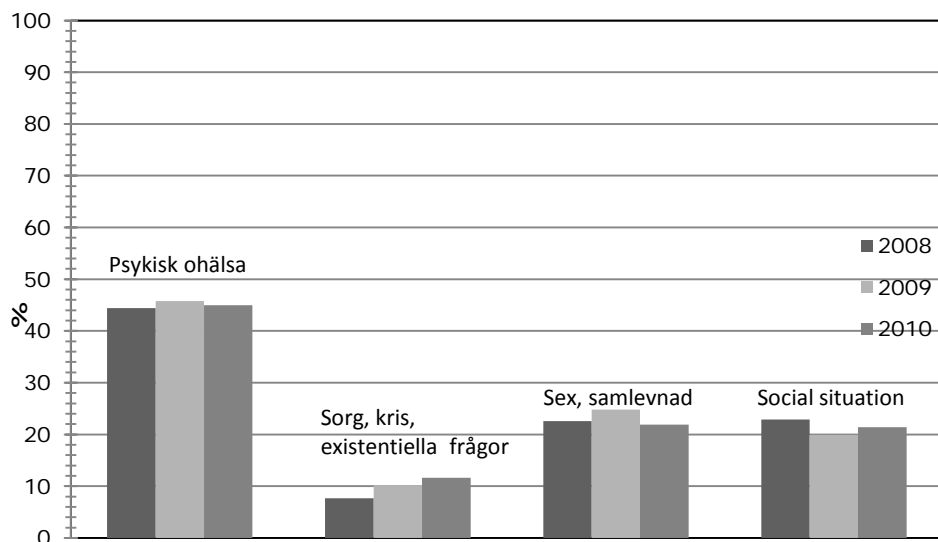
	2008	2009	2010
Kvinnor	8775	8823	9866
Män	1843	1584	1826
Ej angivet	330	209	156
Summa/ planerade besök	10948	10616	11848
Uteblivna besök	1523	1434	1540
Faktiska besök	9425	9182	10308

Kvinnor står för omkring 80% av alla de planerade kuratorsbesöken på Stockholms stads UM per år (tabell 2).

Tabell 3. Antal kuratorsbesök indelat på besöksorsak på Stockholms stads UM under åren 2008-2010

Besöksorsak		2008		2009		2010		
		n	%	n	%	n	%	
Psykisk ohälsa/ hälsa	Behandling/ psykisk ohälsa	Oro/ångest	1581	16,8	1493	16,3	1820	17,7
		Nedstämdhet	1257	13,3	1160	12,6	1273	12,3
		Dålig självkänsla	963	10,2	1126	12,3	1089	10,6
		Ätstörningar	300	3,2	332	3,6	372	3,6
		Missbruk (eget)	89	0,9	98	1,1	85	8,2
		Summa psykisk ohälsa	4190	44,4	4209	45,8	4639	45,0
	Prevention/ psykisk hälsa	Sorg/ kris	359	3,8	373	4,1	445	4,3
		Existentiella frågor	369	3,9	562	6,1	754	7,3
		Summa psykisk hälsa	728	7,7	935	10,2	1199	11,6
	Summa psykisk ohälsa/ hälsa		4918	52,2	5144	56,0	5838	56,6
Sex/ samlevnad	Relations/samlevnad	1045	11,1	1093	11,9	1322	12,8	
	Sexuella frågor	490		631		586		
	Graviditet/abort	279	3,0	223	2,4	224	2,2	
	Kontaktsparning	174	1,8	133	1,4	23	0,2	
	Sexuell/könsidentitet	143	1,5	131	1,4	104	1,1	
	Summa sex/samlevnad	2131	22,6	2211	24,8	2259	21,9	
Social situation	Familjesituation	904	9,6	763	8,3	992	9,6	
	Sexuella övergrepp	336	3,6	354	3,9	342	3,3	
	Sociala frågor	236	2,5	187	2,0	251	2,4	
	Våld/brottsutsatt	276	2,9	157	1,7	178	1,7	
	Våld/förövare	29	0,3	41	0,4	19	0,2	
	Anhörigproblematik	240	2,5	250	2,7	320	3,1	
	Hedersrelaterad	139	1,5	75	0,8	109	1,1	
	Summa social situation	2160	22,9	1827	19,9	2211	21,4	
Ej angivet	216	2,3	0	0	0	0		
Totalt	9425		9182		10308			

Tabell 3 visar att psykisk ohälsa/hälsa utgör den absolut vanligaste orsaken att besöka kuratorn på UM i Stockholms stad. Ångest/oro, nedstämdhet och dålig självkänsla är de vanligaste enskilda besöksorsakerna. Vi ser också att antalet kuratorsbesök på grund av psykisk ohälsa/hälsa ökar något medan antalet kuratorsbesök på grund av sex/ samlevnad och sociala orsaker är relativt stabilt under åren 2008–2010.



Figur 1. Andel kuratorsbesök indelade på behandling/psykisk ohälsa, prevention/ sorg, kris, existentiella frågor, sex/samlevnad och social situation under åren 2008–2010

Figur 1 visar att omkring 45 procent av kuratorsbesöken på Stockholms stads UM rör psykisk ohälsa (behandling) vilket är den överlägset vanligaste orsaken för besök. Behandling för psykisk ohälsa tillsammans med preventiva insatser för psykisk hälsa (sorg, kris, existentiella frågor) utgör omkring 55 procent av kuratorsbesöken.

Antar vi att 55 procent av unga som besöker kuratorn på ungdomsmottagningar kommer dit pga. psykisk ohälsa/hälsa så utgör detta cirka 1,1 procent av befolkningen i Stockholms stad i åldrarna 13–24 år. Baserar vi beräkningen på 18–22 åringarna (65% av besökarna), finner vi att närmare 1,6 procent av befolkningen i åldrarna 18–22 i Stockholms stad besöker kuratorn på ungdomsmottagningen pga. psykiska orsaker.

ISBN 978-91-87691-05-8



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING