



Förekomst av psykisk ohälsa och vårdkonsumtion i Stockholms län bland ungdomar och vuxna

Geografisk variation och samband med
bostadsområdets socioekonomiska struktur

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

Referera till rapporten enligt: Jablonska B, Dalman C, Wicks S. Förekomst av psykisk ohälsa och vårdkonsumtion i Stockholms län bland ungdomar och vuxna: Geografisk variation och samband med bostadsområdets socioekonomiska struktur. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2021. Rapport 2021:4



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 45436, 104 31 Stockholm

ces.siso@sll.se



Rapport 2021:4



ISBN 978-91-87691-74-4



Författare: Beata Jablonska, Christina Dalman, Susanne Wicks

Stockholm mars 2021

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,

www.folkhalsoguiden.se

Förord

Det genomsnittliga hälsoläget och livsvillkoren i Stockholms län är generellt bra. Samtidigt är förutsättningarna till en god hälsa inte jämnt fördelade i befolkningen och klyftor, både vad gäller hälsa och socioekonomiska resurser, har ökat. De växande klyftorna har inte bara konsekvenser för den enskilda individen utan undergräver även social sammanhållning och tillit.

I den här rapporten kartläggs geografiska skillnader i förekomsten av självrapporterad och diagnostiserad psykisk ohälsa bland befolkningen i Stockholm län. Vi frågar oss om dessa mått korrelerar, det vill säga om det i områden med mycket självrapporterad psykisk ohälsa också är högre tryck på vården för psykisk ohälsa. Det här är troligen första gången ett mått på psykiatriskt vårdbehov jämförs med faktisk vårdkonsumtion, i Sverige. Rapporten är ett led i att undersöka om vården för psykisk ohälsa är jämlik, men den kan också bidra till arbetet med att förebygga psykisk ohälsa och öka tillgängligheten till vården för dem som redan har drabbats.

Coronapandemin har gjort satsningar för att minska psykisk ohälsa och främja jämlik vård särskilt angelägna. Framför allt riskerar kanske postpandemi-perioden att påverka både privatpersoners ekonomi och hälsa såväl som sjukvården negativt. Individer med sämre socioekonomiska förutsättningar är en grupp som i och med coronapandemin riskerar att stå inför särskilt stora utmaningar.

I denna rapport beskrivs geografiska skillnader i psykisk ohälsa och vårdkonsumtion som en utgångspunkt för det fortsatta planeringsarbetet och satsningar inom området psykisk hälsa och jämlik vård.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	6
Inledning.....	7
Syfte och avgränsningar.....	8
Metod	10
Design	10
Psykisk ohälsa	10
Självrapporterad psykisk ohälsa bland vuxna.....	10
Självrapporterad psykisk ohälsa bland ungdomar.....	10
Diagnostiserade psykiatriska tillstånd bland ungdomar och vuxna	10
Bostadsområdets socioekonomiska struktur	11
Statistiska analyser	12
Resultat	13
Självrapporterad psykisk ohälsa samt psykiatrisk vårdkonsumtion bland vuxna i Stockholms län	13
Förekomsten av självrapporterad psykisk ohälsa	13
Bostadsområdets socioekonomiska struktur och samband med självrapporterad psykisk ohälsa.....	13
Förekomsten av diagnostiserade psykiatriska tillstånd.....	14
Bostadsområdets socioekonomiska struktur och samband med diagnostiserade psykiatriska tillstånd	15
Självrapporterad psykisk ohälsa och psykiatrisk vårdkonsumtion bland ungdomar i Stockholms län.....	16
Förekomsten av självrapporterad psykisk ohälsa	16
Bostadsområdets socioekonomiska struktur, upplevelse av ordningsproblem och informell social kontroll och samband med självrapporterad psykisk ohälsa.....	17
Förekomsten av diagnostiserade psykiatriska tillstånd.....	18
Bostadsområdets socioekonomiska struktur och samband med diagnostiserade psykiatriska tillstånd	18
Diskussion	20
Självrapporterad psykisk ohälsa vanligare i socioekonomiskt utsatta och invandrartäta bostadsområden.....	20
Psykiatrisk vård för ångest- eller förstämningssyndrom kan vara underutnyttjad i socioekonomiskt utsatta och invandrartäta bostadsområden.....	20
Vad förklarar den lägre konsumtionen av psykiatrisk vård i socioekonomiskt utsatta och invandrartäta bostadsområden?.....	20
Vårdkonsumtionen för de mest allvarliga psykiatriska tillstånden tycks spegla vårdbehovet	21

Vad förklarar områdesskillnader i självrapporterad psykisk ohälsa?.....	21
Inget samband mellan bostadsområdets socioekonomiska struktur och självrapporterad psykisk ohälsa bland flickor.....	22
Studiens styrkor och svagheter	22
Slutsatser och implikationer.....	24
Referenser.....	25
Bilagor.....	29
Bilaga 1. General Health Questionnaire (GHQ-12)	29
Bilaga 2. Psykiatriska tillstånd och självrapporterad psykisk ohälsa bland vuxna uppdelat efter kommun eller stadsdel och kön, i Stockholm län år 2018 (+GHQ-12, 2014).	30
Bilaga 3. Kommunens eller stadsdelens socioekonomiska struktur.	31
Bilaga 4. Psykiatriska tillstånd och självrapporterad psykisk ohälsa bland ungdomar, uppdelat efter kommun eller stadsdel och kön, i Stockholm län år 2018.	32
Bilaga 5. Ordningsproblem och grad av social kontroll, uppdelat efter kommun eller stadsdel och kön, i Stockholms län år 2018.	33

Sammanfattning

I den här rapporten beskrivs förekomsten av dels självrapporterad psykisk ohälsa, dels diagnostiserade psykiatriska tillstånd (dvs. ett mått på vårdkonsumtion) i samtliga kommuner och stadsdelar i Stockholms län. Oss veterligen är det här första gången ett mått på psykiatriskt vårdbehov, om än trubbigt, jämförs med faktisk vårdkonsumtion i Sverige. Rapporten undersöker om ett område med hög andel med självrapporterad psykisk ohälsa leder till ökad vårdkonsumtion för psykisk ohälsa, och hur detta samvarierar med kommun- och stadsdelskaraktistika.

En betydande andel av Stockholms läns befolkning uppger självrapporterad psykisk ohälsa. Den självrapporterade psykiska ohälsan är inte jämnt fördelad över länets kommuner och stadsdelar, utan är vanligare i bostadsområden där välfärden är lägre. Detta gäller både vuxna män och kvinnor. Bland ungdomar gäller observationen bara pojkar i gymnasieålder. Ju högre andel människor med mindre gynnsamma socioekonomiska förhållanden, andel utrikes födda och ju högre grad av ordningsproblem och lägre grad av upplevd informell social kontroll i bostadsområdet desto fler gymnasiepojkar uppgav psykisk ohälsa. Bland grundskolepojkar och -flickor sågs inga samband mellan bostadsområdets karaktistika och självrapporterad psykisk ohälsa.

Samtidigt ses en obalans i självrapporterad psykisk ohälsa och vårdkonsumtion. Konsumtionen av psykiatrisk vård är nämligen inte högre i bostadsområden med mer självrapporterad psykisk ohälsa. Ibland är den till och med lägre. Undantaget är vård för de allra allvarligaste och ovanliga psykiatriska tillstånden såsom psykos, som ofta oundgängligen kräver vård. I studien har vi inte tillgång till den sanna sjukligheten i medicinska termer, men självupplevd psykisk ohälsa anses ganska väl spegla vårdbehovet, åtminstone proportionellt. Denna brist på överensstämmelse mellan självrapporterad och diagnostiserad psykisk ohälsa kan därför tyda på att mörkertalet för psykisk ohälsa är stort och att vårdkonsumtionen i utsatta områden inte speglar det faktiska vårdbehovet, det vill säga att den är lägre än förväntad.

En högre ansamling av den psykiska ohälsan inom vissa bostadsområden indikerar att insatser inom hälso- och sjukvården i dessa områden kan vara en väg för att främja positiv hälsoutveckling i befolkningen och därmed utjämna skillnader i hälsa.

Inledning

Enligt Världshälsoorganisationen WHO är psykisk ohälsa världens snabbast växande folksjukdom och den främsta orsaken till sjukfrånvaro (1). Denna utveckling ses även i Sverige (2). I Stockholms län bidrar psykiska sjukdomar och beroendetillstånd till drygt tolv procent av den totala sjukdomsördan, mätt med så kallade DALYs. DALYs är ett mått som tar hänsyn till hur mycket sjukdomen bidrar till förtida död och dess påverkan på hälsotillståndet (3). Motsvarande siffra för cancersjukdomar, som bidrar mest till den samlade sjukdomsördan i länet, är 17,5 procent.

Bland barn och unga är psykisk ohälsa ett stort hälsoproblem som drabbar uppskattningsvis 10 till 20 procent av den unga befolkningen (4–6). Psykisk ohälsa i barndomen kan leda till psykiatrisk sjuklighet och sämre framtidsutsikter även senare i livet (7). Mätningar tyder på att andelen unga som mår psykiskt dåligt och som vårdas för psykiatriska tillstånd har ökat i Sverige under de senaste decennierna (8–10).

Att motverka psykisk ohälsa är en stor folkhälsoutmaning och en prioriterad fråga för folkhälsoarbete i Region Stockholm. Målet är också att främja lika villkor för (psykisk) hälsa, och ansvaret för detta ligger både hos hälso- och sjukvården och de aktörer som har i uppdrag att skapa samhälleliga förutsättningar för folkhälsan.

Begreppet psykisk ohälsa är brett och innefattar allt från lindrigare *besvär*, som påverkar livskvaliteten men som dock inte är så omfattande att en psykiatrisk diagnos ställs, till allvarliga, kliniskt definierade *psykiatriska tillstånd* som avsevärt begränsar individens funktionsnivå (11). Förekomsten av diagnostiserade psykiatriska tillstånd uppskattar förekomsten av allvarlig psykisk ohälsa i populationen men den *sanna* förekomsten är sannolikt underskattad eftersom en relativt stor andel inte söker hjälp för sina problem (12). Enligt PART-studien i Stockholms läns landsting (numera Region Stockholm) hade omkring 60 procent av personer med klinisk depression inte sökt vård (13).

Det finns indikationer som pekar på att vårdkonsumtion varierar systematiskt mellan olika grupper i samhället, oberoende av variation i vårdbehov (14). Socioekonomisk utsatthet och invandrarbakgrund har generellt kopplats till lägre psykiatrisk vårdkonsumtion (15, 16). De sociala skillnaderna i (psykiatrisk) vårdkonsumtion återfinns också bland barn och ungdomar (17).

Ekonomiska skäl, låg hälsolitteracitet¹ och bristande tillit till vården är några av de faktorer som kan ligga bakom att personer med sämre socioekonomisk ställning eller utlandsfödda oftare än andra avstår från att uppsöka vård trots samma eller till och med högre grad av ohälsa (18–20). Således kan diagnostiserade psykiatriska tillstånd vara en bättre indikator för förekomst av allvarlig psykisk ohälsa, och följaktligen för vårdbehov, bland resursstarka grupper än bland de i socioekonomiskt mindre gynnade grupper.

Psykisk ohälsa är till viss del ärftlig (21), men många andra faktorer, varav ett flertal påverkbara, har en betydelsefull roll för insjuknande och prognos. Psykisk ohälsa förekommer sällan isolerat från ett socialt sammanhang utan visar tydliga samband med social ojämlikhet, där de med lägre socioekonomisk position i termer av inkomst, utbildning eller anknytning till arbetsmarknad har sämre hälsa (22–27).

¹ Hälsolitteracitet innebär att både kunna läsa och ta till sig hälsoinformation. Det innebär också att kunna uttrycka sina behov till vårdpersonal och agera utifrån givna instruktioner.

I likhet med många andra folkhälsoproblem är bakgrunden till psykisk ohälsa multifaktoriell och återfinns på flera olika nivåer, från individ- till samhällsnivå. Psykisk ohälsa och dess riskfaktorer är inte enbart ojämnt fördelade mellan olika grupper i samhället utan också över de miljöer de befinner sig i (26, 28, 29). Ojämligheter i hälsa blir särskilt tydliga när man jämför olika bostadsområden. Studier av samband mellan förhållanden i bostadsområden och olika hälsoutfall visar generellt att de som bor i resursfattiga områden i genomsnitt har sämre hälsa än de som bor i mer välbeställda miljöer (26, 30). Bostadsområdet kan ha betydelse för hälsan genom materiella och sociala förutsättningar på både individ- och områdesnivå, så kallade kompositionella och kontextuella effekter.

Studien som presenteras i den här rapporten har dock avgränsats till att inte omfatta frågan om vilka mekanismer som förklarar den eventuella ojämligheten i den psykiska hälsan.

Syfte och avgränsningar

I Stockholms län varierar förekomsten av olika former av fysisk ohälsa, levnadsvanor och medellivslängden påtagligt mellan olika bostadsområden, framför allt mellan områden som skiljer sig åt i socioekonomiska förhållanden (10, 18, 31). Psykisk ohälsa har studerats mer sparsamt, i synnerhet bland barn och ungdomar. Mot bakgrund av detta, samt det faktum att det geografiska avståndet mellan rika och fattiga i Stockholms län har ökat under de senaste tio åren (32), kan man anta att det kan finnas samband mellan bostadsområdes socioekonomiska struktur och förekomst av psykisk ohälsa. Avsikten med studien är att kartlägga om det finns sådana samband för självrapporterad och diagnostiserad psykisk ohälsa, både bland ungdomar och vuxna, samt om det finns skillnader mellan könen.

Självrapporterad psykisk ohälsa är ett mått på hur man själv skattar sin psykiska ohälsa i området. Diagnostiserad psykisk ohälsa beskriver vårdkonsumtionen för psykisk ohälsa i samma område. Den här rapporten avser att besvara frågan om dessa mått korrelerar, det vill säga om det i områden med mycket självrapporterad psykisk ohälsa också är högre förekomst av diagnostiserad psykiatriska tillstånd.

Valet av psykiatriska tillstånd begränsades till ångest- och förstämningssyndrom (depression), eftersom instrumenten som används för att mäta den självrapporterade psykiska ohälsan är utvecklade för att skatta just dessa. Även icke-affektiva psykoser har inkluderats för att se huruvida sambandsmönstren skiljer sig mellan psykiatriska tillstånd med olika svårighetsgrad. Icke-affektiva psykoser är allvarliga psykiatriska tillstånd som medför att det är svårare att avstå från vård, jämfört med ångest- och förstämningssyndrom.

Studiens syften är

- att utforska den geografiska variationen i självrapporterad psykisk ohälsa och diagnostiserad psykiatriska tillstånd bland ungdomar och vuxna inom Stockholms län.
- att på ekologisk nivå analysera sambandet mellan kommunens eller stadsdelens (hädanefters kallad bostadsområdets) socioekonomiska struktur och tidigare nämnda mått bland ungdomar och vuxna.

Studiens frågeställningar:

- Hur många har självrapporterad psykisk ohälsa i Stockholms län?

- Hur många får vård för depression eller ångest som hypotetiskt borde samvariera med självrapporterad psykisk ohälsa?
- Hur många får vård för psykos som ofta oundgängligen kräver vård?
- Finns det skillnader mellan olika bostadsområden?
- Rapporterar fler i socioekonomiskt svaga bostadsområden psykisk ohälsa?
- Finns det tecken på att man i vissa områden inte söker eller får psykiatrisk vård, det vill säga icke tillgodosedda vårdbehov?

Metod

Design

Studien har en ekologisk design, det vill säga att den jämför grupper. Sambandet mellan exponering och utfall har studerats på kommun- och stadsdelsnivå. Studien bygger på information hämtade ur Region Stockholms befintliga vårdregister, de så kallade VAL-databaserna som innehåller uppgifter från regionfinansierad vård (inkl. privata vårdgivare med avtal), samt enkätundersökningarna Stockholms läns folkhälsoenkät 2018 och Stockholmsenkäten 2018. Uppgifter om bostadsområdets socioekonomiska struktur hämtades från Områdesdatabasen (ODB).

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa definieras som självrapporterad psykisk ohälsa (enkätundersökningar) och diagnostiserade psykiatriska tillstånd (diagnoser i VAL-databaserna).

Självrapporterad psykisk ohälsa bland vuxna

Uppgifterna om självrapporterad psykisk ohälsa har hämtats från Stockholms läns folkhälsoenkät 2018. Folkhälsoenkäten är en postenkät som innehåller frågor om hälsa, levnadsvanor samt ekonomiska och sociala förhållanden. Vart fjärde år skickas den till ett representativt urval av befolkningen i åldrarna 18 till 84 år i Stockholms län. År 2018 skickades enkäten till 59 161 personer, varav 23 074 (39 procent) svarade.

I Folkhälsoenkäten har instrumentet the General Health Questionnaire 12 (GHQ-12) (se bilaga 1) använts för att mäta psykisk ohälsa. Instrumentet identifierar inte någon särskild diagnos, men har god internationell validitet i att urskilja de personer som sannolikt har en psykiatrisk diagnos, i huvudsak depression eller ångest (33). Totalsumman är tolv poäng, och brytpunkten för psykisk ohälsa går vid fyra poäng.

Självrapporterad psykisk ohälsa bland ungdomar

Uppgifterna om psykisk ohälsa har hämtats från Stockholmsenkäten 2018. Stockholmsenkäten är en enkätundersökning som besvaras av ungdomar i årskurs 9 och gymnasiet år 2, i Stockholms stad. Enkäten genomförs vartannat år och består av frågor som rör ungdomars vanor, attityder, levnadsvillkor och psykiska hälsa och ohälsa. År 2018 deltog 23 av länets 26 kommuner i undersökningen (alla utom Huddinge, Norrtälje och Täby). Den totala svarsfrekvensen var 76 procent och 341 skolor i länet deltog i undersökningen.

Som indikator på psykisk ohälsa används frågan *Känner du dig ledsen och deppig utan att veta varför?* Frågan har fem svarsalternativ: väldigt ofta, ganska ofta, ibland, någon enstaka gång och sällan. Svarsalternativen *väldigt ofta* och *ganska ofta* anses vara uttryck för psykisk ohälsa.

Diagnostiserade psykiatriska tillstånd bland ungdomar och vuxna

Information om diagnostiserade psykiatriska tillstånd bland ungdomar och vuxna bosatta i Stockholms län hämtades ur VAL-databaserna. VAL-databaserna består av ett antal statistikdatabaser med data om diagnoser från slutenvård och öppenvård (primärvård och specialiserad vård) inklusive vårdgivare med avtal. Diagnostiserade psykiatriska tillstånd bland vuxna har definierats som andel i befolkningen, 18 år och äldre, som fått vård och hade någon av följande diagnoser år 2018:

- förstämningssyndrom (F32–F34, F38, F39)
- ångest (F40–F43)
- icke-affektiva psykoser (F20–F29).

Samma diagnoser, förutom icke-affektiva psykoser, ingår i definitionen av ungdomars (15–18 år) diagnostiserade psykiatriska tillstånd.

Valet av psykiatriska tillstånd begränsades till ångest- och förstämningssyndrom eftersom GHQ-12 är utvecklat för att skatta förekomst av just dessa. I viss mån gäller detta också frågan som ställs i Stockholmsenkäten (*Känner du dig ledsen och deppig utan att veta varför?*) eftersom den explicit handlar om depressiv sinnesstämning.

Vi har även inkluderat icke-affektiva psykoser för att se om sambandsmönstren skiljer sig mellan psykiatriska tillstånd med olika svårighetsgrad. Icke-affektiva psykoser är allvarliga psykiatriska tillstånd som medför att det är svårare att avstå från vård, jämfört med ångest- och förstämningssyndrom.

Bostadsområdets socioekonomiska struktur

Uppgifter om bostadsområdets socioekonomiska struktur har hämtats från Områdesdatabasen (ODB). ODB innehåller sociodemografiska data för Stockholms län, sammanställda på ett flertal geografiska nivåer. Databasen administreras av Statistiska centralbyrån (SCB) på uppdrag av Tillväxt och regionplaneförvaltningen (TRF).

Följande sex indikatorer på bostadsområdets socioekonomiska struktur har inkluderats:

- andel utrikes födda (alla åldrar)
- andel med förgymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå (i åldrarna 20–74 år)
- andel barnfamiljer med ensamstående föräldrar (barn i åldrarna 0–21 år)
- andel med låg inkomst (andel av kommunens eller stadsdelens invånare i åldrarna 20–64 år som tillhör femtedelen med lägst inkomst)
- andel som inte är i förvärvsarbete (i åldrarna 25–64 år)
- andel biståndsmottagare (18 år och äldre).

I avsnittet om ungdomars psykiska ohälsa har även självrapporterade uppgifter om grad av ordningsproblem² och informell social kontroll³ i bostadsområdet använts från Stockholmsenkäten.

² Index på basis av följande frågor: Vandalism (klotter, olaglig graffiti, förstörelse) är vanligt i bostadsområdet; Det finns personer som säljer narkotika i bostadsområdet; På vardagskvällar finns det många berusade utomhus i bostadsområdet; Det är ovanligt med våldsbrott (misshandel, rån, våldtäkt) i det här bostadsområdet. Indexvärdet kan variera mellan 0 och 100. Ju högre indexvärde desto högre grad av upplevelse av ordningsproblem i området.

³ Index på basis av följande frågor: Om en vuxen såg mig göra något olagligt i mitt bostadsområde skulle nog mina föräldrar få reda på det; Vuxna skulle ingripa om det blev ett slagsmål framför mitt hus; Om jag blev rånad på en allmän plats i bostadsområdet skulle vuxna ingripa; Mina grannar brukar heja/hälsa på mig när vi möts. Indexvärdet kan variera mellan 0 och 100. Ju högre indexvärde desto högre grad av upplevelse av informell social kontroll i området.

Statistiska analyser

Resultaten presenteras i form av beskrivande statistik och sambandsanalyser. Samband mellan bostadsområdets socioekonomiska struktur och psykisk ohälsa har studerats med så kallade ekologiska bivariata korrelationer. Beräkningarna baseras på samvariation mellan bostadsområdets socioekonomiska struktur och psykisk ohälsa i geografiskt definierade bostadsområden.

Samband beräknades med Pearsons korrelationskoefficient r som kan anta värden mellan minus ett (-1) och ett (1). En korrelationskoefficient på minus ett eller ett visar på en perfekt negativ respektive positiv korrelation mellan två variabler. Korrelationskoefficienten lika med noll visar på att det inte finns något samband mellan variablerna. Enligt Hinkles och medförfattarens (34) riktlinjer kan korrelationens styrka graderas så här:

- försumbar: $r = 0,00$ till $0,30$
- svag: $r = 0,30$ till $0,50$
- måttlig: $r = 0,50$ till $0,70$
- stark: $r = 0,70$ till $0,90$
- mycket stark: $r = 0,90$ till $1,0$ (35).

Resultat

Självrapporterad psykisk ohälsa samt psykiatrisk vårdkonsumtion bland vuxna i Stockholms län

Sammanfattning

Rapporten visar att nästan var femte av länets vuxna invånare rapporterade psykisk ohälsa och cirka tio procent diagnostiserades med ångest- eller förstämningssyndrom. Generellt var psykisk ohälsa vanligare bland kvinnor än bland män.

Förekomsten av självrapporterad psykisk ohälsa och icke-affektiva psykoser samvarierade med bostadsområdets socioekonomiska struktur. Samma mönster sågs däremot inte kring diagnostiserade ångest- eller förstämningssyndrom.

Förekomsten av självrapporterad psykisk ohälsa

År 2018 rapporterade i genomsnitt 18 procent av Stockholms läns befolkning, i åldrarna 19 år eller äldre, psykisk ohälsa mätt med GHQ-12. Fler kvinnor (20,7 procent) än män (15,4 procent) rapporterade psykisk ohälsa.

Det fanns stora skillnader i förekomst av självrapporterad psykisk ohälsa mellan länets olika kommuner och stadsdelar. Störst andel män med psykisk ohälsa hade Spånga-Tensta (23,1 procent), följt av Hässelby-Vällingby, Hägersten-Liljeholmen, Solna och Skärholmen (ca 21 procent i samtliga). Lägst andel hade Nykvarn (7 procent). Bland kvinnor var förekomsten av självrapporterad psykisk ohälsa störst i Rinkeby-Kista (30,5 procent), följt av Enskede-Årsta-Vantör, Huddinge, Hägersten-Liljeholmen, Sundbyberg (ca 25 procent i samtliga). Lägst andel kvinnor med självrapporterad psykisk ohälsa hade Vallentuna, Salem och Sollentuna (ca 14,5 procent) (se bilaga 2).

Bostadsområdets socioekonomiska struktur och samband med självrapporterad psykisk ohälsa

År 2018 fanns stora skillnader inom Stockholms län i andel invånare med mindre gynnsamma socioekonomiska förhållanden. Även befolkningens etniska struktur varierade mellan länets kommuner och stadsdelar (se bilaga 3).

Andel kvinnor och män som rapporterade psykisk ohälsa samvarierade måttligt med de flesta undersökta områdeskaraktistika. Ju högre andel människor födda utanför Sverige och med mindre gynnsamma socioekonomiska förhållanden desto fler som rapporterade psykisk ohälsa (se tabell 1).

Tabell 1. Samband mellan bostadsområdets socioekonomiska struktur och andel vuxna, 19 år eller äldre, som rapporterade psykisk ohälsa enligt GHQ-12, uppdelat efter kön, i Stockholms län år 2018.

Bostadsområdets socioekonomiska struktur	Kvinnor		Män	
	r ¹	p ²	r ¹	p ²
Andel utrikes födda	0,4	0,02	0,4	0,02
Andel som har högst förgymnasial utbildning	0,0	1,0	0,1	0,65
Andel barnfamiljer med ensamstående förälder	0,5	0,00	0,6	0,00
Andel med låg inkomst	0,4	0,01	0,4	0,01
Andel som inte är i förvärvsarbete	0,4	0,02	0,4	0,02
Andel biståndsmottagare	0,2	0,21	0,3	0,10

¹korrelationskoefficient

²p-värde; definieras som sannolikheten för att få de observerade resultaten om nollhypotesen, det vill säga att det inte föreligger några skillnader mellan (här) grupper, vore sann. Ett p-värde ligger mellan 0 och 1 (eller 0 procent och 100 procent). Om p-värdet är lägre än (här) 0.05, anses utfallet vara statistiskt signifikant.

Korrelationskoefficienter i fet stil är statistiskt signifikanta, det vill säga att sannolikheten för att få de observerade resultaten är lägre än fem procent, givet att nollhypotesen (att det inte föreligger några skillnader mellan grupper) är sann.

Förekomsten av diagnostiserade psykiatriska tillstånd

År 2018 fick 12,8 procent av kvinnorna och 6,2 procent av männen i Stockholms län diagnosen ångest- eller förstämningssyndrom. Icke-affektiva psykoser diagnostiserades hos 0,5 procent av kvinnorna och 0,6 procent av männen (se tabell 2).

Tabell 2. Andel (%) vuxna, 19 år eller äldre, med diagnostiserat psykiatriskt tillstånd inom öppen- eller slutenvård, uppdelat efter kön, i Stockholms län år 2018.

Psykiatriskt tillstånd	Kvinnor %	Män %
Förstämningssyndrom	5,0	2,7
Ångest	10,3	4,6
Ångest- eller förstämningssyndrom	12,8	6,2
Icke-affektiva psykoser	0,5	0,6

Det fanns skillnader i andel vuxna som diagnostiserades med psykiatriska tillstånd i de olika kommunerna och stadsdelarna i Stockholms län. I Skärholmen och Rinkeby-Kista fick drygt tre gånger fler män (1,1 procent) diagnosen icke-affektiv psykos än i Nykvarn (0,3 procent) år 2018. Även bland kvinnor var andelen som fick diagnosen icke-affektiv psykos högst i Rinkeby-Kista (1 procent) år 2018. Andelen var lägst i Vaxholm (0,1 procent).

Förekomsten av diagnostiserade förstämningssyndrom bland män var nästan dubbelt så hög i bostadsområdena med högst andel än de med lägst andel: I Skarpnäck, Farsta, Vallentuna och Rinkeby-Kista var andelen cirka 3,5 procent, och i Nykvarn och Botkyrka

cirka 2 procent. Andelen män som år 2018 fick diagnosen ångestsyndrom var högst i Skarpnäck och Farsta (ca 6,3 procent) och lägst i Ekerö och Nykvarn (ca 3,3 procent).

Bland kvinnor var andelen som år 2018 fick diagnosen förstämningssyndrom högst i Skarpnäck (7 procent) och Farsta (6,4 procent), och lägst i Ekerö (3,8 procent) och Nykvarn (3,9 procent). Andelen kvinnor som samma år fick diagnosen ångestsyndrom var högst i Skarpnäck, Farsta och Vallentuna (ca 13 procent), och lägst i Ekerö, Danderyd och på Östermalm (drygt 8 procent).

Det bör dock noteras att den absoluta spridningen i förekomsten av diagnostiserade psykiatriska tillstånd generellt var liten (se bilaga 2).

Bostadsområdets socioekonomiska struktur och samband med diagnostiserade psykiatriska tillstånd

Förekomsten av diagnostiserade icke-affektiva psykoser under år 2018 samvarierade tydligt med alla undersökta områdeskaraktistika: Ju högre andel människor med mindre gynnsamma socioekonomiska förhållanden och andel utrikes födda i bostadsområdet, desto högre andel vuxna som vårdats för icke-affektiv psykos. Inga samband sågs mellan förekomsten av förstämningssyndrom, ångest och bostadsområdets socioekonomiska struktur. Undantaget var ett samband mellan andelen barnfamiljer med ensamstående förälder och förekomsten av diagnostiserade förstämningssyndrom (se tabell 3).

Tabell 3. Samband mellan bostadsområdets socioekonomiska struktur och förekomst av diagnostiserade psykiatriska tillstånd bland vuxna, 19 år eller äldre, inom öppen- och slutenvård, uppdelat efter kön, i Stockholms län år 2018.

Bostadsområdets socioekonomiska struktur	Förstämningssyndrom				Ångest				Icke-affektiva psykoser			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	r ¹	p ²	r ¹	p ²	r ¹	p ²	r ¹	p ²	r ¹	p ²	r ¹	p ²
Andel utrikes födda	0,1	0,8	-0,2	0,3	-0,1	0,4	0,0	1,0	0,7	0,00	0,8	0,00
Andel som har högst förgymnasial utbildning	0,0	1,0	-0,3	0,1	0,0	0,9	-0,1	0,5	0,4	0,01	0,6	0,00
Andel barnfamiljer med ensamstående förälder	0,5	0,00	0,3	0,03	0,3	0,06	0,5	0,0	0,8	0,00	0,8	0,00
Andel med låg inkomst	0,0	1,0	-0,1	0,5	-0,2	0,2	0,0	1,0	0,7	0,00	0,7	0,00
Andel som inte är i förvärvsarbete	0,0	0,8	-0,1	0,4	-0,2	0,3	0,0	1,0	0,8	0,00	0,8	0,00
Andel biståndsmottagare	0,1	0,6	-0,1	0,5	0,0	1,0	0,0	0,8	0,6	0,00	0,7	0,00

¹korrelationskoefficient

²p-värde; definieras som sannolikheten för att få de observerade resultaten om nollhypotesen, det vill säga att det inte föreligger några skillnader mellan (här) grupper, vore sann. Ett p-värde ligger mellan 0 och 1 (eller 0 procent och 100 procent). Om p-värdet är lägre än (här) 0,05, anses utfallet vara statistiskt signifikant.

Korrelationskoefficienter i fet stil är statistiskt signifikanta, det vill säga att sannolikheten för att få de observerade resultaten är lägre än fem procent, givet att nollhypotesen (att det inte föreligger några skillnader mellan grupper) är sann.

Självrapporterad psykisk ohälsa och psykiatrisk vårdkonsumtion bland ungdomar i Stockholms län

Sammanfattning

År 2018 rapporterade nästan var tredje av länets ungdomar psykisk ohälsa i form av att ofta känna sig ledsna eller deppiga utan att veta varför. Omkring åtta procent diagnostiserades med ångest- eller förstämningssyndrom. Den psykiska ohälsan, både självrapporterad och diagnostiserad, var vanligare bland flickor än bland pojkar.

Självrapporterad psykisk ohälsa visade samband med bostadsområdets socioekonomiska struktur och upplevda ordningsproblem bland gymnasiepojkar: Ju högre andel människor med mindre gynnsamma socioekonomiska förhållanden, andel utrikes födda och ju högre grad av ordningsproblem i bostadsområdet, desto fler gymnasiepojkar som uppgav psykisk ohälsa.

Även graden av upplevd informell social kontroll samvarierade med gymnasiepojknas självrapporterade psykiska ohälsa. Det vill säga, ju lägre grad av upplevd informell social kontroll, desto fler gymnasiepojkar som uppgav psykisk ohälsa. Inga samband mellan bostadsområdets socioekonomiska struktur och självrapporterad psykisk ohälsa noterades bland grundskolepojkar eller -flickor.

Förekomsten av självrapporterad psykisk ohälsa

Mer än dubbelt så många flickor (39–43 procent) som pojkar (17–21 procent) uppgav psykisk ohälsa, det vill säga att de ofta var ledsna eller deppiga utan att veta varför (se tabell 4).

Tabell 4. Andel (%) ungdomar med självrapporterad psykisk ohälsa, uppdelat efter kön och årskurs, i Stockholms län år 2018.

	Pojkar åk 9 %	Pojkar gymn 2 %	Flickor åk 9 %	Flickor gymn 2 %
Självrapporterad psykisk ohälsa	17	21	39	43

Förekomsten av självrapporterad psykisk ohälsa bland ungdomar varierade mellan olika bostadsområden. Bland pojkar i årskurs 9 var andelen högst i Nynäshamn (26 procent) och lägst i Ekerö (9 procent). Bland äldre pojkar, i år 2 på gymnasiet, var andelen högst i Skarpnäck, Skärholmen och Solna (31 procent), och lägst i Bromma, Danderyd och Salem (15 procent) (se bilaga 4).

Andelen flickor i årskurs 9 som rapporterade psykisk ohälsa var högst i Nynäshamn (50 procent) och lägst i Bromma (28 procent). Bland flickor i år 2 på gymnasiet var andelen lägst i Upplands-Bro (31 procent) och högst i Hägersten-Liljeholmen (55 procent) (se bilaga 4).

Bostadsområdets socioekonomiska struktur, upplevelse av ordningsproblem och informell social kontroll och samband med självrappporterad psykisk ohälsa

Resultatet visar på stora skillnader mellan bostadsområdena i befolkningens socioekonomiska och etniska struktur (se bilaga 3), graden av upplevda ordningsproblem och informell social kontroll (se bilaga 5)

Andelarna gymnasiepojkar som rapporterade psykisk ohälsa samvarierade positivt med alla socioekonomiska karakteristika på områdesnivå, medan inga samband kunde påvisas för yngre pojkar och flickor. Det vill säga, ju högre andel människor födda utrikes och med mindre gynnsamma socioekonomiska förhållanden, desto fler gymnasiepojkar som uppgav att de hade psykisk ohälsa.

Psykisk ohälsa bland gymnasiepojkar samvarierade också med graden av upplevda ordningsproblem och med informell social kontroll i bostadsområdet. Ju högre grad av upplevda ordningsproblem, desto fler gymnasiepojkar som uppgav ohälsa. Det omvända förhållandet rådde för graden av upplevd informell social kontroll. Det vill säga, ju högre grad av upplevd social kontroll, desto färre gymnasiepojkar som rapporterade psykisk ohälsa (se tabell 5).

Tabell 5. Samband mellan bostadsområdes socioekonomiska struktur, upplevelse av ordningsproblem och informell social kontroll och andel ungdomar som rapporterade psykisk ohälsa, uppdelat efter kön och årskurs, i Stockholms län år 2018.

	Pojkar åk 9		Pojkar gymn 2		Flickor åk 9		Flickor gymn 2	
	r ¹	p ²	r ¹	p ²	r ¹	p ²	r ¹	p ²
Andel utrikes födda	0,0	0,9	0,4	0,03	-0,2	0,3	-0,1	0,5
Andel som har högst förgymnasial utbildning	0,0	0,9	0,3	0,2	0,1	0,6	-0,2	0,2
Andel barnfamiljer med ensamstående förälder	0,1	0,5	0,6	0,00	-0,1	0,4	-0,1	0,7
Andel med låg inkomst	0,1	0,8	0,3	0,05	-0,3	0,1	-0,1	0,5
Andel som inte är i förvärvsarbete	0,1	0,6	0,4	0,02	-0,2	0,3	-0,2	0,4
Andel biståndsmottagare	0,0	0,9	0,4	0,04	-0,1	0,4	-0,2	0,2
Ordningsproblem	-0,02	0,9	0,5	0,00	-0,1	0,5	0,02	0,9
Grad av informell social kontroll	0,01	0,9	-0,6	0,00	0,2	0,2	-0,1	0,5

¹korrelationskoefficient

²p-värde; definieras som sannolikheten för att få de observerade resultaten om nollhypotesen, det vill säga att det inte föreligger några skillnader mellan (här) grupper, vore sann. Ett p-värde ligger mellan 0 och 1 (eller 0 procent och 100 procent). Om p-värdet är lägre än (här) 0.05, anses utfallet vara statistiskt signifikant.

Korrelationskoefficienter i fet stil är statistiskt signifikanta, det vill säga att sannolikheten för att få de observerade resultaten är lägre än fem procent, givet att nollhypotesen (att det inte föreligger några skillnader mellan grupper) är sann.

Förekomsten av diagnostiserade psykiatriska tillstånd

År 2018 diagnostiserades 11,2 procent av flickorna och 4,2 procent av pojkarna i Stockholms län med ångest- eller förstämningssyndrom (se tabell 6).

Tabell 6. Andel (%) ungdomar, i åldrarna 15–18 år, med diagnostiserade psykiatriska tillstånd inom öppen- eller slutenvård, uppdelat efter kön, i Stockholms län år 2018.

Psykiatriskt tillstånd	Flickor %	Pojkar %
Förstämningssyndrom	4,4	1,7
Ångest	9,1	3,1
Ångest- eller förstämningssyndrom	11,2	4,2

Det fanns skillnader i andel ungdomar som år 2018 diagnostiserades med psykiatriska tillstånd i Stockholms läns kommuner och stadsdelar. I Norrtälje, Vaxholm och på Lidingö var andelen pojkar som diagnostiserades med förstämningssyndrom drygt fyra gånger högre än i Rinkeby-Kista (2,6 respektive 0,6 procent). Motsvarande andelar för ångestsyndrom varierade mellan 2,1 procent på Värmdö, i Södertälje och Sundbyberg och 5,1 procent på Södermalm.

Skillnaden i förekomsten av diagnostiserade förstämningssyndrom var lika stor bland flickor. Andelen var högst i Norrtälje (8,7 procent) och Skarpnäck (7,8 procent), och lägst i Rinkeby-Kista (1,8 procent). Motsvarande andelar för ångestsyndrom varierade mellan 5,1 procent i Rinkeby-Kista och 13,1 procent i Skarpnäck.

Det bör dock noteras att den absoluta spridningen i förekomsten av diagnostiserade psykiatriska tillstånd generellt var liten (se bilaga 4).

Bostadsområdets socioekonomiska struktur och samband med diagnostiserade psykiatriska tillstånd

Förekomsten av diagnostiserade ångest- eller förstämningssyndrom samvarierade med nästan alla områdeskaraktistika: Ju högre andel människor med mindre gynnsamma socioekonomiska förhållanden och andel utrikes födda i bostadsområdet, desto lägre andel ungdomar som diagnostiserades med ångest- eller förstämningssyndrom år 2018 (se tabell 7).

Tabell 7. Samband mellan bostadsområdets socioekonomiska struktur och förekomst av diagnostiserade psykiatriska tillstånd bland ungdomar, i åldrarna 15–18 år, inom öppen- och slutenvård, uppdelat efter kön, i Stockholms län år 2018.

	Förstämningssyndrom				Ångest			
	Flickor		Pojkar		Flickor		Pojkar	
	r ¹	p ²	r ¹	p ²	r ¹	p ²	r ¹	p ²
Andel utrikes födda	-0,5	0,00	-0,6	0,00	-0,4	0,00	-0,4	0,02
Andel som har högst förgymnasial utbildning	-0,3	0,05	-0,4	0,01	-0,2	0,2	-0,5	0,00
Andel barnfamiljer med ensamstående förälder	0,0	0,9	-0,2	0,3	0,0	0,9	0,0	1,0
Andel med låg inkomst ¹	-0,4	0,01	-0,5	0,00	-0,5	0,00	-0,2	0,1
Andel som inte är i förvärvsarbete	-0,4	0,01	-0,5	0,00	-0,4	0,01	-0,3	0,04
Andel biståndsmottagare	-0,3	0,05	-0,4	0,01	-0,3	0,07	-0,5	0,00

¹korrelationskoefficient

²p-värde; definieras som sannolikheten för att få de observerade resultaten om nollhypotesen, det vill säga att det inte föreligger några skillnader mellan (här) grupper, vore sann. Ett p-värde ligger mellan 0 och 1 (eller 0 procent och 100 procent). Om p-värdet är lägre än (här) 0.05, anses utfallet vara statistiskt signifikant

Korrelationskoefficienter i fet stil är statistiskt signifikanta, det vill säga att sannolikheten för att få de observerade resultaten är lägre än fem procent, givet att nollhypotesen (att det inte föreligger några skillnader mellan grupper) är sann.

Diskussion

I den här rapporten beskrivs förekomsten av självrapporterad psykisk ohälsa och diagnostiserade psykiatriska tillstånd (dvs. ett mått på vårdkonsumtion) i samtliga kommuner och stadsdelar i Stockholms län. Vi undersöker om en hög andel med självrapporterad psykisk ohälsa i området leder till ökad vårdkonsumtion för psykisk ohälsa och hur detta samvarierar med kommun- och stadsdelskaraktäristika.

Självrapporterad psykisk ohälsa vanligare i socioekonomiskt utsatta och invandrantäta bostadsområden

De övergripande resultaten är att förekomsten av självrapporterad psykisk ohälsa bland vuxna och gymnasiepojkar uppvisar ett samband med bostadsområdets socioekonomiska struktur: Ju högre andel människor med mindre gynnsamma socioekonomiska förhållanden och andel utrikes födda i bostadsområdet, desto fler som mår psykiskt dåligt.

Däremot skiljer sig inte förekomsten av diagnostiserade ångest- eller förstämningssyndrom mellan bostadsområden med olika sociala strukturer. Dessa är till och med lägre bland ungdomar i socioekonomiskt utsatta bostadsområden jämfört med ungdomar i övriga bostadsområden.

Psykiatrisk vård för ångest- eller förstämningssyndrom kan vara underutnyttjad i socioekonomiskt utsatta och invandrantäta bostadsområden

Resultaten visar att det inte finns några skillnader i förekomsten av diagnostiserade ångest- eller förstämningssyndrom mellan bostadsområden. De visar också att förekomsten är lägre bland ungdomar i socioekonomiskt utsatta bostadsområden än i mer resursstarka. Om dessa resultat kan tolkas som lika vårdbehov, och för ungdomarnas del lägre, som gör utslag i jämlik vårdkonsumtion hos befolkningen inom länet är svårt att avgöra.

Den här studien har inte möjlighet att ställa den diagnostiserade ohälsan mot befolkningens *sanna* sjuklighet i medicinska termer. Men självupplevd ohälsa anses ganska väl spegla det faktiska vårdbehovet (35, 36), och svenska och internationella studier har visat att ångest- och förstämningssyndrom hänger samman med låg socioekonomisk status (37–40). Därför kan våra resultat tyda på att vårdbehovet bland invånare i socioekonomiskt utsatta och invandrantäta områden är större än det som fångas via diagnostiserad ohälsa. Eller med andra ord, att vårdkonsumtion i områden med dessa socioekonomiska struktur är lägre än förväntad.

Den slutsatsen är i enlighet med tidigare svensk forskning som visat att personer med invandrarbakgrund eller barn till föräldrar inom den lägsta inkomstnivån, nyttjar psykiatrisk vård mer sällan än infödda eller personer med bättre inkomst (20, 37, 41).

Vad förklarar den lägre konsumtionen av psykiatrisk vård i socioekonomiskt utsatta och invandrantäta bostadsområden?

I förhållande till vad som skulle kunna förväntas utifrån behov, tycks det finnas en underkonsumtion av psykiatrisk vård i socioekonomiskt utsatta och invandrantäta områden. Den här rapporten kan inte svara på om det är en effekt av vilka individer som bor i de olika bostadsområdena eller av att området i sig har effekter på vårdkonsumtion. Men fenomenet kan sannolikt förklaras både av egenskaper hos individen och hos bostadsområdet (i form av socioekonomisk eller kulturell

karaktär) och av egenskaper hos vårdinstanser (t.ex. bristande anpassning efter individers olika förutsättningar och behov). Antingen i samverkan, eller var för sig.

Mot bakgrund av tidigare litteratur kan vi spekulera i ytterligare förklaringar: Även om bostadsområdets etniska sammansättning ofta sammanfaller med dess socioekonomiska komposition, så kan invandrartäthet i sig vara en inflytelserik faktor, snarare än bara en indikator på koncentration av socioekonomiska svårigheter (17). Vissa kulturella normer från ursprungslandet kan sätta begränsningar för hur psykisk ohälsa kan förstås och behandlas. Det är möjligt att en större etnisk densitet kan intensifiera denna effekt.

Vårdkonsumtionen för de mest allvarliga psykiatriska tillstånden tycks spegla vårdbehovet

Medan förekomsten av diagnostiserade ångest- eller förstämningssyndrom bland vuxna inte skilde sig mellan bostadsområdena, var psykosjukdomar klart vanligare i socioekonomiskt utsatta och invandrartäta områden. Eftersom psykos är ett så pass begränsande tillstånd, både för den drabbade och deras närstående, blir medicinsk behandling ofta oundviklig, oavsett vilken socioekonomisk bakgrund man kommer från eller omringas av. Psykos är starkt associerad med socioekonomisk utsatthet på individnivå (42), men även områdeskaraktäristika i sig har visats ha ett samband både med risk för att insjukna i psykos och med symtombilden hos de redan drabbade (43, 44).

Vad förklarar områdesskillnader i självrapporterad psykisk ohälsa?

Mot bakgrund av tidigare forskning kan våra resultat kring sambandet mellan bostadsområdets socioekonomiska struktur och självrapporterad psykisk ohälsa antas till stor del bero på så kallade selektionsmekanismer. Detta eftersom psykisk ohälsa är överrepresenterad hos socialt utsatta grupper, och eftersom social utsatthet och boendesegregation hänger ihop (32). Med andra ord kan variationer i förekomsten av psykisk ohälsa mellan bostadsområden helt enkelt bero på skillnader i befolkningsstrukturen. Det är i så fall en konsekvens av segregationsprocesser som differentierar och polariserar grupper i befolkningen – inte bara i termer av livsvillkor, men följaktligen även i hälsa. I Stockholms län växer det sociala och fysiska avståndet mellan invånare allt mer påtagligt, vilket kan resultera i att även segregation i psykisk ohälsa uppstår. Detta resonemang tycks överensstämma med resultat i andra rapporter som har funnit att segregationen som präglas av socioekonomi och hälsos segregation uppträder samtidigt (10, 18, 31).

Emellertid har tidigare studier visat att selektionshypotesen sällan räcker som förklaring. Även när man tar hänsyn till bostadsområdets socioekonomiska struktur kvarstår nämligen områdeseffekter, om än små (45, 46). En annan, troligvis parallellt verkande mekanism, kan således vara att bostadsområdet i sig spelar roll för hur man mår psykiskt. Forskning har visat att individer som bor i socioekonomiskt utsatta områden har ökad risk för psykisk ohälsa oavsett deras individuella förutsättningar (inkl. genetisk belastning) (26, 45–47). Kunskapen om de mekanismer, genom vilka boendemiljön påverkar den psykiska hälsan, är fortfarande begränsad. Men man kan anta att olika bostadsområden skapar olika förutsättningar för att uppnå hälsa och undvika ohälsa när hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande faktorer inte är jämnt fördelade mellan bostadsområden.

Det bör påpekas att kontextuella effekter generellt är små i förhållande till de kompositionella. Det innebär att variationen i ohälsa mellan olika områden till största delen beror på individuella skillnader mellan invånarna. Samtidigt är troligen den befolkningsrelaterade risken av att bo i ett resurssvagt område av betydelse eftersom

exponeringen sannolikt berör alla som bor där (48). Sambanden mellan de inkluderade områdeskaraktistika var måttliga till höga, vilket innebär att resultaten, i vissa fall, kan spegla den kumulativa effekten av flera områdeskaraktistika.

Inget samband mellan bostadsområdets socioekonomiska struktur och självrapporterad psykisk ohälsa bland flickor

Rapporten tyder på att bostadsområdets socioekonomiska struktur, graden av upplevda ordningsproblem och informell social kontroll inte tycks ha något samband med självskattad psykisk ohälsa bland flickor. I andra studier har man funnit samma könsskillnader för bostadsområdets socioekonomiska struktur och graden av upplevda ordningsproblem (49, 50). Detta skulle kunna tolkas som att flickor tillämpar mer effektiva strategier som skyddar dem mot negativa områdeseffekter. Engagemang i skolarbetet och en bättre förmåga att kompensera för pedagogiska brister i skolan skulle kunna vara en sådan strategi. En annan förklaring kan vara att eftersom flickor generellt har en ökad risk för depressiva symtom jämfört med pojkar, kan det finnas andra faktorer som bättre förklarar självrapporterad psykisk ohälsa bland flickor än bostadsområdets socioekonomiska struktur.

Studiens styrkor och svagheter

Den ekologiska ansatsen i den här studien har gjort det möjligt att snabbt få en överblick över hur självrapporterad och diagnostiserad psykisk ohälsa klustras inom länet. Den har också möjliggjort en snabb överblick över hur de olika dimensionerna av ohälsa är relaterade till en rad olika områdeskaraktistika.

Studien tillämpar en bred definition av psykisk ohälsa, där både subjektiva och objektiva mått ingår. Ett sådant tillvägagångssätt kan hjälpa uppskattningen av hur väl förekomsten av självrapporterad och diagnostiserad psykisk ohälsa överlappar, och om graden av överlappning varierar mellan bostadsområden med olika socioekonomiska struktur. Låg grad av överlappning, där förekomsten av diagnostiserad ohälsa är lägre än vad som skulle kunna förväntas utifrån det som rapporteras i befolkningen, kan vara ett tecken på otillfredsställda vårdbehov. Våra resultat kan utgöra underlag för en behovsanalys som identifierar grupper som inte upptäcks eller upptäcks (för) sent i sjukdomsskedet.

Liksom psykisk ohälsa, kan även områdeskaraktistika förstås både som objektiva eller subjektiva upplevelser. Därför har båda dessa mått inkluderats i studien. Dock var detta tillvägagångssätt möjligt endast för ungdomar.

Studien har ett begränsat värde vad gäller information om orsakssamband mellan exponering och utfall. Däremot ger den intressanta ledtrådar för förståelsen av mekanismer utanför individen som kan tänkas bidra till sociala skillnader i psykisk hälsa och ohälsa. Dessa ledtrådar kan användas som ett underlag för inriktning av framtida studier.

Den ekologiska ansatsen har en del svagheter. För det första har sambanden mellan potentiella exponeringar (i detta fall områdeskaraktistika) och utfall (i detta fall psykisk ohälsa) analyserats på gruppnivå och inte på individnivå. Det är inte säkert om liknande resultatmönster återfinns på individnivå. Å andra sidan, med tanke på att faktorer på individ- och områdesnivå ofta interagerar med varandra (51, 52), kan det anses sannolikt att effekter som observerats på en ekologisk nivå, även kan uppenbara sig hos individen.

Risken för att så kallade störvariabler kan ha påverkat resultaten har inte kunnat beaktas, vilket medför att resultatens tillförlitlighet begränsas.

Korrelationsanalysen visade ett positivt, om än svagt, samband mellan självrapporterad psykisk ohälsa på områdesnivå år 2014 och 2018. Att förekomsten av självrapporterad psykisk ohälsa har varierat mellan kommuner och stadsdelar över tid, är med största sannolikhet ett resultat av att urvalets storlek är relativt liten, vilket kan öka osäkerheten i skattningar. I mindre kommuner och stadsdelar blir osäkerheten i siffrorna större.

Slutsatser och implikationer

En betydande andel av Stockholms läns befolkning uppger självrapporterad psykisk ohälsa. Den självrapporterade psykiska ohälsan är inte jämnt fördelad över länets kommuner och stadens stadsdelar, utan accentueras i bostadsområden där välfärden är lägre. Hos ungdomar gäller denna observation bara gymnasiepojkar.

Hur länets gymnasiepojkar mår psykiskt tycks också hänga ihop med hur de själva uppfattar sina bostadsområden. Förekomsten av självrapporterad psykisk ohälsa är vanligare i områden där ordningsproblem är mer frekventa och den upplevda sociala kontrollen lägre. Samtidigt är den psykiatriska vårdkonsumtionen för ångest- eller förstämningssyndrom (depression) inte högre i dessa bostadsområden.

Denna brist på överensstämmelse mellan självrapporterad och diagnostiserad psykisk ohälsa kan tyda på att mörkertalet för psykisk ohälsa är stort och att vårdkonsumtionen i utsatta områden inte speglar det faktiska vårdbehovet, det vill säga är lägre än förväntad. För de mest allvarliga psykiatriska tillstånden, som det ofta är svårt att inte söka vård för, fanns inga skillnader i vårdkonsumtionen mellan bostadsområden.

Studien undersöker inte om sambanden mellan områdeskaraktäristika och ohälsa endast är följden av kompositionella effekter eller om bostadsområdet i sig också spelar roll för hur man mår psykiskt. Detta medför att det är oklart om eventuella åtgärder bör genomföras på individ- eller områdesnivå. En högre ansamling av den psykiska ohälsan inom vissa bostadsområden indikerar emellertid att insatser inom hälso- och sjukvården i dessa områden kan vara en väg för att främja positiv hälsoutveckling i befolkningen, och därmed utjämna skillnader i hälsan – oavsett om dessa problem är kompositionella eller kontextuella i sin natur.

Nästa steg i processen mot jämlik hälsa kan vara att erbjuda en hälso- och sjukvård som är behovsanpassad både utifrån individ- och områdesprofil.

Referenser

1. WHO. Global Health Estimates 2016: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization, 2018.
2. Försäkringskassan. Sjukfrånvarons utveckling 2017 Sjuk- och rehabiliteringspenning. Socialförsäkringsrapport 2017:13, ISSN 1654-8574.
3. Agardh E, Danielsson A-K, Guban P, Kellerborg K, Lager A, Rabiee R, Allebeck P. Sjukdomsburda och riskfaktorer i Stockholms län 1990 och 2015. Resultat från den globala sjukdomsburdestudien (GBD). Karolinska Institutet & Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2017. ISBN: 978-91-7676-537-1.
4. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6:168–76.
5. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49(3):226-36.
6. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J. Child Psychol Psychiatry* 2015;56:345–65.
7. Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:276-95.
8. Wirehn A-B, Andersson A, Dalman C, Bokström T. Barn och ungas psykiska ohälsa. Epidemiologisk kartläggning av diagnosregistrering i Region Östergötland och Stockholms läns landsting. Sveriges Kommuner och Landsting, 2015.
9. Wicks S, Dalman C. Fortsatt ökning av psykiatrisk vårdkonsumtion bland unga i Stockholms län år 2015. *Faktablad* 2016:3. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.
10. Bartelink V, Lager A (redaktörer). *Folkhälsorapport 2019*. Stockholm. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2019.
11. Bremberg S, Dalman C. Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE), 2015.
12. Aagerholm J, Bruce D, Ponce de Leon A, Burström B. Socioeconomic differences in healthcare utilization, with and without adjustment for need: An example from Stockholm, Sweden. *Scand J Public Health* 2013;41:318-25.
13. Forsell Y, Hansson A. Psykisk ohälsa och behandlingsbehov ur ett befolkningsperspektiv. Data från PART-studien. Stockholm: Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin, Enheten för psykisk hälsa – barn och unga. (Rapport 2001:2).
14. Socialstyrelsen. *Hälsa- och sjukvårdsrapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.

15. Burström B, Engström K, Burström K, Corman D, Sun S. Ojämlighet i hälsa i Stockholms län. Folkhälsorapporten 2011. Stockholm: Stockholms läns landsting, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2011.
16. Folkhälsomyndigheten. Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland. Ett kunskapsunderlag om hälsa, livsvillkor och levnadsvanor bland utrikes födda personer boende i Sverige. Folkhälsomyndigheten, 2016.
17. Jablonska B, Kosidou K, Ponce de Leon A, Wettermark B, Magnusson C, Dal H, Dalman C. Neighborhood Socioeconomic Characteristics and Utilization of ADHD Medication in Schoolchildren: A Population Multilevel Study in Stockholm County. *Atten Disord* 2016;19:1-12.
18. Burström B, Burström K, Corman D. Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Stockholms län – Öppna jämförelser 2014. Stockholm: Stockholm läns landsting, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2014.
19. Kristenson M. Hälso- och sjukvårdens roll för en jämlik hälsa. Underlagsrapport nr 8 till Kommissionen för jämlik hälsa 2015:02. Stockholm, 2017.
20. Hollander A-C, Dalman C. Utrikesfödda använder mindre psykiatrisk vård än svenskfödda de första åren i Sverige. Olika barriärer förekommer – men vårdanvändandet ökar över tid. *Läkartidningen* 2020;117:FTPT.
21. Tsuang MT, Bar JL, Stone WS, Faraone SV. Gene-environment interactions in mental disorders. *World Psychiatry* 2004;3(2):73–83.
22. Fryers T, Melzer D, Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38(5):229-37.
23. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc Sci Med* 2013;90:24-31.
24. Braveman, P, Gottlieb L. The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep* 2014;129(2):19-31.
25. Silva M, Loureiro A, Cardoso G. Social determinants of mental health: A review of the evidence. *Eur J Psychiatry* 2016;30(4):259–92.
26. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry* 2018;5(4):357-69.
27. Folkhälsomyndigheten. Ojämligheter i psykisk hälsa Kunskapssammanställning. Folkhälsomyndigheten, 2019.
28. Diez Roux AV. A glossary for multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(8):588-94.
29. MacIntyre S, Ellaway A, Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualise and measure them? *Soc Sci Med* 2002;55:125–39.
30. Björkegren E. Neighborhoods and Youth Health: Everybody Needs Good Neighbors? Working Paper Series 2018:10, IFAU - Institute for Evaluation of Labour Market and Education Policy, 2018.

31. Nejat S. Barns ojämlika förutsättningar för en god hälsa i Stockholms län. Barnavårdscentralens möjligheter till att minska skillnader. Barnhälsovårdsenheten Stockholms län, Stockholms läns landsting, 2017.
32. Musterd S, Marcińczak S, van Ham M, Tammaru T. Socioeconomic segregation in European capital cities. Increasing separation between poor and rich, *Urban Geography* 2017;38:7, 1062-83.
33. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O m.fl. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 1997;27:191-197.
34. Hinkle DE, Wiersma W, Jurs SG. *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. 5th ed. Boston: Houghton Mifflin; 2003.
35. Bohman H, Jonsson U, von Knorring L, Päären A. & von Knorring A-L. Prognostic significance of functional somatic symptoms in adolescence: a 15-year community-based follow-up study of adolescents with depression compared with healthy peers. *BMC Psychiatry* 2012;12:90.
36. Salmi P, Berlin M, Björkenstam B & Ringbäck Weitof G. Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.
37. Wirback T, Möller J, Larsson JO, Engström K. Social differences in diagnosed depression among adolescents in a Swedish population based cohort. *BMC Psychiatry* 2018;18(1):216.
38. Lemstra M, Neudorf C, D'Arcy C, Kunst A, Warren LM, Bennett NR. A systematic review of depressed mood and anxiety by SES in youth aged 10-15 years. *Can J Public Health* 2008;99(2):125-9.
39. Mikkonen J, Moustgaard H, Remes H, Martikainen P. Intergenerational transmission of depressive symptoms – the role of gender, socioeconomic circumstances, and the accumulation of parental symptoms. *J Affect Disord* 2016;204:74–82.
40. Uddin M, Jansen S, Telzer EH. Adolescent depression linked to socioeconomic status? Molecular approaches for revealing premorbid risk factors. *Bioessays* 2017;39(3).
41. Ivert AK, Merlo J, Svensson R, Levander MT. How are immigrant background and gender associated with the utilisation of psychiatric care among adolescents? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48(5):693-9.
42. Wicks S, Hjern A, Gunnell D, Lewis G, Dalman C. Social adversity in childhood and the risk of developing psychosis: a National Cohort Study *Am. J. Psychiatry* 2005; 162:1652-1657.
43. Richardson L, Hameed Y, Perez J, Jones PB, Kirkbride JB. Association of environment with the risk of developing psychotic disorders in rural populations: Findings from the social epidemiology of psychoses in East Anglia study. *JAMA Psychiatry* 2018;75:75–83.
44. Ellett L, Freeman D, Garety PA. The psychological effect of an urban environment on individuals with persecutory delusions: the Camberwell walk study. *Schizophr Res* 2008;99(1-3):77-84.

45. Chaix B, Leyland AH, Sabel CE, Chauvin P, Rastam L, Kristersson H, et al. Spatial clustering of mental disorders and associated characteristics of the neighbourhood context in Malmo, Sweden, in 2001. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:427-435.
46. Lofors J, Sundquist K. Low-linking social capital as a predictor of mental disorders: A cohort study of 4.5 million Swedes. *Social Science & Medicine* 2007;64:21–34.
47. Curtis S, Pain R, Fuller S, Khatib Y, Rethon C, Stansfeld SA, Daya S. Neighbourhood risk factors for Common Mental Disorders among young people aged 10-20 years: a structured review of quantitative research. *Health Place* 2013;20:81-90.
48. Pickett KE, Pearl M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:111-22.
49. Ivert AK, Levander MT. Adolescents' Perceptions of Neighbourhood Social Characteristics. Is There a Correlation with Mental Health? *Child Indicators Research* 2014;7:177–192.
50. Elliott MC, Leventhal T, Shuey EA, Lynch AD, Coley RL. The Home and the 'Hood: Associations between Housing and Neighborhood Contexts and Adolescent Functioning. *J Res Adolesc* 2016;26(1):194-206.
51. Dahlgren G, Whitehead M. Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health. Ditchley Park, Oxfordshire. King's Fund, London, 1993.
52. Stafford M, Marmot M. Neighbourhood deprivation and health: does it affect us all equally? *Int J Epidemiol* 2003;32(3):357-66.

Bilagor

Bilaga 1. General Health Questionnaire (GHQ-12)

Har du under de senaste två veckorna ...

1. Kunnat koncentrera dig på vad du gör?
Aldrig Ibland Ganska ofta Alltid
2. Haft svårt att sova på grund av oro?
Aldrig Ibland Ganska ofta Alltid
3. Känt att du har en betydelsefull roll i vad som händer?
Aldrig Ibland Ganska ofta Alltid
4. Känt dig kapabel att fatta beslut?
Aldrig Ibland Ganska ofta Alltid
5. Känt dig väldigt pressad?
Aldrig Ibland Ganska ofta Alltid
6. Kunnat klara av de dagliga problemen?
Aldrig Ibland Ganska ofta Alltid
7. Känt dig rätt så lycklig med tanke på omständigheterna?
Aldrig Ibland Ganska ofta Alltid
8. Känt att du inte kan komma över svårigheter?
Aldrig Ibland Ganska ofta Alltid
9. Känt dig olycklig och nedstämd?
Aldrig Ibland Ganska ofta Alltid
10. Börjat förlora ditt självförtroende?
Aldrig Ibland Ganska ofta Alltid
11. Börjat tänka på dig själv som en värdelös person?
Aldrig Ibland Ganska ofta Alltid
12. Kunnat ha glädje av vardagslivets aktiviteter?
Aldrig Ibland Ganska ofta Alltid

Bilaga 2. Psykiatriska tillstånd och självrapporterad psykisk ohälsa bland vuxna uppdelat efter kommun eller stadsdel och kön, i Stockholm län år 2018 (+GHQ-12, 2014).

Kommun/stadsdel	Förstämnings- syndrom		Ångest		Icke affektiv psykos		GHQ-12 (2018)		GHQ-12 (2014)	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K
Botkyrka	2,1	4,1	3,9	9,1	0,7	0,6	11,6	16,7	16,6	22,1
Bromma	2,9	5,2	4,7	10,4	0,6	0,6	10,6	22,0	12,8	19,6
Danderyd	2,7	4,5	3,8	8,5	0,4	0,4	8,4	21,0	9,9	14,2
Ekerö	2,3	3,8	3,3	8,4	0,3	0,3	15,0	18,2	14,7	19,5
Enskede-Årsta- Vantör	3,0	5,9	5,5	12,0	0,6	0,6	19,9	26,6	13,9	21,9
Farsta	3,5	6,4	6,3	12,9	0,9	0,8	18,6	22,5	16,3	21,7
Haninge	2,5	4,9	4,4	10,3	0,5	0,5	11,6	22,9	19,2	21,8
Huddinge	2,6	5,1	4,4	10,6	0,6	0,5	14,6	24,3	22	23,7
Hägersten- Liljeholmen	3,3	5,7	5,6	11,8	0,7	0,5	21,1	24,2	13,6	25,8
Hässelby-Vällingby	3,0	5,3	5,0	10,4	0,9	0,8	22,1	21,6	13	20,5
Järfälla	2,4	4,8	4,3	9,9	0,5	0,4	11,8	18,9	17,6	22,6
Kungsholmen	2,6	4,6	4,3	9,8	0,5	0,5	13,8	22,1	16,1	19,4
Lidingö	2,5	4,7	4,4	9,9	0,4	0,5	12,5	18,0	15,1	19,1
Nacka	2,4	4,7	3,9	9,2	0,5	0,4	13,7	17,5	12,3	19,3
Norrmalm	2,5	4,5	4,5	9,0	0,6	0,5	17,8	23,6	16,7	21,3
Norrtälje	3,0	5,4	4,3	10,3	0,6	0,5	12,4	15,2	14,1	22,1
Nykvarn	1,9	3,9	3,4	9,5	0,3	0,2	7,0	15,4	10,5	19,7
Nynäshamn	2,4	4,9	4,5	11,1	0,6	0,6	14,8	19,7	19	21,3
Rinkeby-Kista	2,6	5,3	4,5	9,5	1,0	1,0	17,0	30,5	21,3	22,9
Salem	2,3	4,8	3,8	10,3	0,4	0,2	11,8	14,7	14	19,7
Sigtuna	2,7	5,4	4,6	10,6	0,6	0,6	11,6	19,2	16,9	20,6
Skarpnäck	3,8	7,0	6,3	13,7	0,8	0,7	17,8	23,8	17,9	26,4
Skärholmen	2,7	5,4	4,6	9,8	1,1	0,8	20,2	21,1	15,4	28,1
Sollentuna	2,7	5,2	4,3	10,7	0,5	0,5	11,8	14,9	14,9	21,1
Solna	2,6	5,0	4,5	9,7	0,6	0,5	20,5	21,8	16,3	28,5
Spånga-Tensta	2,3	4,4	4,0	9,3	0,8	0,6	23,1	20,2	15	26,1
Sundbyberg	2,6	4,8	4,1	9,5	0,6	0,5	18,0	24,2	14,6	20,3
Södermalm	3,1	5,4	5,2	10,5	0,5	0,5	17,0	17,5	18,6	19,1
Södertälje	2,2	4,3	4,1	9,1	0,8	0,6	13,3	15,2	12,6	21,3
Tyresö	2,6	5,0	4,5	11,2	0,5	0,4	16,1	20,6	15,2	20,7
Täby	2,6	4,7	4,3	10,0	0,4	0,4	14,8	23,8	13,4	16
Upplands Väsby	2,9	5,8	4,7	10,4	0,7	0,6	19,5	23,8	13,4	14,5
Upplands-Bro	2,4	4,7	4,0	9,8	0,4	0,6	8,7	19,8	16,4	19
Vallentuna	3,4	5,8	5,5	12,5	0,4	0,4	15,9	14,2	13,5	17,4
Vaxholm	2,7	4,5	4,2	9,5	0,4	0,1	13,2	16,4	7,9	20,8
Värmdö	3,0	5,5	4,3	10,3	0,4	0,3	12,5	18,4	9,5	18,5
Älvsjö	2,8	5,3	5,3	11,5	0,5	0,5	10,2	22,4	16,4	22,9
Östermalm	2,3	4,0	3,8	8,3	0,4	0,4	16,1	21,1	13,6	19,3
Österåker	2,7	5,2	4,6	10,3	0,5	0,4	13,0	15,9	12,7	15,9

Bilaga 3. Kommunens eller stadsdelens socioekonomiska struktur.

Kommun/stadsdel	Andel utrikes födda	Andel med högst för-gymnasial utbildning	Andel barnfamiljer med ensamstående förälder	Andel med låg inkomst	Andel som inte är i förvärvs-arbete	Andel bistånds-mottagare
Botkyrka	41,5	21,2	25,1	25,8	25,8	3,7
Bromma	16,8	6,7	21,8	17,4	14,1	1,4
Danderyd	16,4	4,1	16,3	22,5	16,6	0,7
Ekerö	12,1	11,0	17,7	14,5	11,9	1,5
Enskede-Årsta-Vantör	27,3	11,8	30,6	22,0	19,4	3,0
Farsta	25,3	14,0	32,1	21,9	20,5	2,9
Haninge	26,4	17,4	25,0	20,1	19,3	2,5
Huddinge	29,3	14,1	22,0	21,7	19,6	2,3
Hägersten-Liljeholmen	18,6	7,9	25,7	17,0	14,6	1,6
Hässelby-Vällingby	31,8	14,3	26,6	23,9	22,2	3,8
Järfälla	29,1	13,6	23,1	20,1	19,1	3,1
Kungsholmen	17,5	4,6	24,2	16,1	13,4	0,6
Lidingö	17,5	7,1	21,2	20,5	16,6	1,0
Nacka	19,5	8,8	20,5	17,7	14,7	1,4
Norrmalm	17,9	5,0	23,9	18,9	14,8	0,5
Norrtälje	12,4	16,7	24,3	18,1	17,7	2,4
Nykvarn	12,1	15,0	19,5	11,8	10,7	1,9
Nynäshamn	17,3	17,5	24,5	18,8	19,2	3,1
Rinkeby-Kista	58,2	24,3	34,1	37,7	38,5	6,7
Salem	19,6	13,1	21,1	16,1	14,2	1,9
Sigtuna	32,4	17,2	24,9	21,5	20,7	2,5
Skarpnäck	20,9	9,4	31,8	20,5	17,8	2,9
Skärholmen	50,6	20,9	33,7	33,4	32,6	5,1
Sollentuna	24,6	9,7	20,8	18,7	16,3	1,7
Solna	29,6	8,0	24,6	21,3	18,8	0,7
Spånga-Tensta	41,0	20,6	25,4	30,2	29,2	5,6
Sundbyberg	30,3	12,1	28,8	20,9	19,4	3,1
Södermalm	15,8	6,4	28,6	18,8	15,2	1,1
Södertälje	39,1	21,2	24,2	26,5	26,5	5,7
Tyresö	16,3	12,0	22,6	15,9	13,8	1,6
Täby	17,3	6,5	17,4	16,4	13,3	0,9
Upplands-Väsby	29,2	14,7	24,9	18,9	18,2	1,9
Upplands-Bro	25,7	15,2	22,6	19,6	18,6	3,0
Vallentuna	14,1	10,8	19,6	14,3	12,1	1,3
Vaxholm	10,9	8,8	18,7	15,7	13,1	1,0
Värmdö	13,1	12,0	20,5	15,2	13,1	1,8
Älvsjö	17,8	9,6	19,2	16,5	14,5	2,0
Östermalm	18,7	4,0	26,7	27,4	20,5	0,5
Österåker	16,1	11,2	19,3	15,5	13,7	1,4

Bilaga 4. Psykiatriska tillstånd och självrapporterad psykisk ohälsa bland ungdomar, uppdelat efter kommun eller stadsdel och kön, i Stockholm län år 2018.

Kommun/stadsdel	Förstämmningssyndrom		Ångest		Självrapporterad psykisk ohälsa			
	Flicka	Pojke	Flicka	Pojke	Flicka åk 9	Pojke åk 9	Flicka gymn	Pojke gymn
Botkyrka	3,0	1,2	8,3	3,0	38	19	42	24
Bromma	4,7	2,3	8,9	3,4	28	12	38	15
Danderyd	4,1	1,1	8,4	3,2	42	16	41	15
Ekerö	5,3	2,2	10,0	3,9	40	9	53	17
Enskede-Årsta-Vantör	4,6	1,9	11,6	3,0	38	20	41	21
Farsta	5,7	1,7	11,1	2,5	39	15	39	21
Haninge	3,2	0,9	10,7	3,5	43	18	50	17
Hägersten-Liljeholmen	5,5	1,8	9,0	2,5	41	18	55	23
Hässelby-Vällingby	6,5	2,3	10,9	4,9	38	15	48	24
Järfälla	4,7	2,0	8,4	2,6	45	14	46	24
Kungsholmen	3,7	1,4	7,8	2,8	41	25	48	21
Lidingö	5,4	1,6	7,8	4,1	38	17	41	19
Nacka	4,5	2,5	7,6	4,0	37	15	45	18
Norrmalm	3,7	1,6	8,1	3,1	31	16	46	16
Nykvarn	4,6	1,7	7,8	4,3	51	10		
Nynäshamn	8,7	2,6	11,9	3,9	52	26	37	26
Rinkeby-Kista	5,5	1,1	9,9	2,6	38	15	46	26
Salem	3,6	2,3	12,7	2,8	36	16	46	15
Sigtuna	1,8	0,6	5,1	2,4	45	15	37	19
Skarpnäck	4,7	1,6	10,8	2,4	42	14	33	31
Skärholmen	3,2	1,2	8,8	2,6	39	19	45	31
Sollentuna	7,8	2,1	13,1	4,6	38	16	40	19
Solna	4,4	1,6	6,8	2,6	46	17	44	31
Spånga-Tensta	3,9	1,8	8,7	3,2	31	15	32	19
Sundbyberg	3,2	2,0	10,4	4,6	29	13	49	27
Södermalm	3,3	1,0	6,2	3,0	33	20	49	26
Södertälje	4,2	2,1	9,6	2,1	34	20	44	21
Tyresö	5,5	1,8	12,1	5,1	47	17	42	24
Upplands Väsby	2,8	1,1	6,4	2,1	43	18	37	18
Upplands-Bro	3,5	1,8	10,5	3,5	34	14	31	21
Vallentuna	3,6	1,3	10,1	3,2	43	18	47	21
Vaxholm	4,8	1,4	8,8	2,5	32	25	38	
Värmdö	5,1	1,3	10,5	2,3	40	13	40	22
Älvsjö	5,6	2,1	11,5	3,1	43	11	47	22
Östermalm	5,7	2,5	6,3	3,9	39	15	49	20
Österåker	4,0	1,8	6,6	2,1	43	24	51	19

Bilaga 5. Ordningsproblem och grad av social kontroll, uppdelat efter kommun eller stadsdel och kön, i Stockholms län år 2018.

Kommun/stadsdel	Ordningsproblem (index) ¹				Grad av social kontroll (index) ¹			
	Flicka åk 9	Pojke åk 9	Flicka gymn	Pojke gymn	Flicka åk 9	Pojke åk 9	Flicka gymn	Pojke gymn
Botkyrka	38	35	37	37	60	57	63	55
Bromma	26	22	23	21	74	74	75	69
Danderyd	20	28	21	16	79	71	73	68
Ekerö	23	24	19	29	75	71	75	71
Enskede-Årsta-Vantör	40	34	39	39	62	61	60	58
Farsta	37	36	38	45	62	58	65	48
Haninge	29	28	32	36	63	61	62	59
Hägersten-Liljeholmen	33	29	33	31	68	59	62	60
Hässelby-Vällingby	33	31	41	36	66	63	60	55
Järfälla	31	28	35	26	62	66	63	58
Kungsholmen	23	27	19	25	67	60	68	67
Lidingö	19	20	17	15	74	72	74	67
Nacka	20	23	23	25	75	70	72	69
Norrmalm	25	27	27	24	67	60	62	56
Nykvarn	23	20			75	71		
Nynäshamn	29	28	24	27	71	68	75	62
Rinkeby-Kista	49	44	49	54	54	51	54	45
Salem	22	23	35	32	73	69	68	63
Sigtuna	27	28	28	24	70	60	64	61
Skarpnäck	43	36	48	41	62	57	54	52
Skärholmen	46	43	58	46	53	55	45	50
Sollentuna	23	25	24	26	72	68	67	65
Solna	30	29	31	32	69	55	61	51
Spånga-Tensta	37	36	40	40	61	64	56	48
Sundbyberg	31	36	42	33	65	57	55	52
Södermalm	37	34	36	37	65	61	62	55
Södertälje	27	29	28	33	69	57	65	61
Tyresö	25	25	24	26	69	66	79	61
Upplands Väsby	26	30	30	32	68	64	70	59
Upplands-Bro	29	34	30	30	67	64	63	61
Vallentuna	20	25	31	24	76	69	70	72
Vaxholm	18	16	16		71	77	85	
Värmdö	19	21	17	17	76	71	75	69
Älvsjö	27	27	26	32	70	60	68	60
Östermalm	23	25	24	21	71	66	64	66
Österåker	20	23	33	24	73	74	63	67

¹Indexvärdet kan variera mellan 0 och 100

ISBN 978-91-87691-74-4



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

REGION STOCKHOLM