

Depressioner och ångestsyndrom bland barn och unga förknippade med långsiktiga konsekvenser –

En nationell registerstudie

Mikaela Svensson, Marie Berlin, Ylva Ginsberg,
Martina Barnevik Olsson, Maria State, Peter Salmi

Mikaela Svensson, fil kand, metodstatistiker, Socialstyrelsen.

E-post: mikaela.svensson@socialstyrelsen.se

Marie Berlin, fil dr sociologisk demografi, Socialstyrelsen.

E-post: marie.berlin@socialstyrelsen.se

Ylva Ginsberg, medicine doktor, specialist i psykiatri, Socialstyrelsen.

E-post: ylva.ginsberg@socialstyrelsen.se

Martina Barnevik Olsson, medicine doktor, specialist i barn- och ungdomspsykiatri,

Socialstyrelsen. E-post: martina.barnevik.olsson@socialstyrelsen.se

Maria State, enhetschef, apotekare, Socialstyrelsen. E-post: maria.state@socialstyrelsen.se

Peter Salmi, fil dr psykologi, docent, Socialstyrelsen. E-post: peter.salmi@socialstyrelsen.se

Andelen unga som insjuknar i depressioner och ångestsyndrom har ökat i Sverige enligt inrapporterade diagnoser till Socialstyrelsen. Det finns farhågor att en ökande andel kan drabbas av långtgående hälso- och socioekonomiska konsekvenser. Socialstyrelsen har här närmare studerat långsiktiga konsekvenser avseende hälsa och socioekonomiska förhållanden för barn 10 -17 år och unga vuxna 18-24 år med nydiagnostiserade depressioner och ångestsyndrom.

An increasing number of young people in Sweden are diagnosed with depression and anxiety disorders. There is concern that a significant proportion may suffer long-term health and socioeconomic consequences. The objective was to more thoroughly characterise long-term health and socioeconomic consequences among children 10-17 years and young adults 18-24 years firstly diagnosed with depression or anxiety. Data regarding psychiatric care, prescribed antidepressants and various forms of welfare support were obtained from national registers held by Statistics Sweden and the National Board of Health and Welfare in Sweden.

Introduktion

Socialstyrelsen har tidigare rapporterat att andelen barn och unga vuxna med psykiska störningar ökar [1]. Ökningen baseras bland annat på uppgifter om psykiatriska diagnoser som ställs inom hälso- och sjukvården och på uppgifter om uthämtade psykofarmaka på recept. Uppgifterna inrapporteras regelbundet till Socialstyrelsens nationella patient- och läkemedelsregister. Med dessa uppgifter som underlag kan myndigheten konstatera att unga som vårdas eller behandlas på grund av psykisk störning har fördubblats sedan 2006. Bland övriga vuxna och gamla finns inte motsvarande trend.

Det är särskilt diagnostiseringen av depressioner och ångestsyndrom som ökar bland unga [1]. För många som diagnostiserats i tidig ålder blir sjukdomsförloppet utdraget med upprepade vårdtillfällen och med långvarig behandling med antidepressiva läkemedel [2]. Att insjukna i depression eller ångestsyndrom medför dessutom sämre hälsa och svårigheter att tillgodogöra sig en utbildning [1, 2]. Att andelen unga som diagnostiseras med depressioner och ångestsyndrom ökar väcker därför farhågor om långtgående konsekvenser, beträffande hälsa och socioekonomiska förhållanden, för en allt större grupp unga.

I denna studie beskriver Socialstyrelsen incidens- och prevalensmått av inrapporterade depressioner och ångestsyndrom och uttag av antidepressiva läkemedel på recept bland unga för perioden 2008-2018. För att närmare studera långsiktiga konsekvenser avseende hälsa och socioekonomi har myndigheten analyserat sambandet mellan att tidigt nydiagnostiseras med depression eller ångestsyndrom och en senare relativ risk för 1) suicidförsök eller suicid, 2) dödlighet förutom suicid, 3) svag etablering på arbetsmarknaden och 4) inkomster från sjuk- eller aktivitetsersättning, sjukpenning eller ekonomiskt bistånd.

Metod

Resultaten är baserade på data från Socialstyrelsens patientregister, läkemedelsregister och dödsorsaksregister som samkörts med uppgifter från Statistiska centralbyrån. Databearbetningarna är genomförda under våren 2020 och utgår från då senast uppdaterade data.

Incidens och prevalens beräknades för respektive kön och åldersgrupp. Incidensen definierades som andelen nya sjukdomsfall under ett givet kalenderår inom respektive kön och åldersgrupp, medan prevalensen avser andelen befintliga sjukdomsfall under ett givet kalenderår inom respektive kön och åldersgrupp. Både diagnoser och läkemedel studerades. Avseende konsekvenserna genomfördes en registerbaserad prospektiv kohortstudie med en uppföljningstid på tio år.

Psykiatriska diagnoser och läkemedel

Diagnoserna inhämtades från Socialstyrelsens patientregister som omfattar alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård och uppgifter om patienter som behandlats av läkare i den specialiserade öppenvården. Diagnoserna är kodade enligt den svenska versionen av Världshälsoorganisationens (WHO) internationella system för klassifikation av sjukdomar – International Classification of Diseases (ICD-10). Diagnoserna klassificerades i fyra grupper; depression (F32-F39), ångestsyndrom (F40-F48), neuropsykiatriska tillstånd (F7-F9) samt annan psykisk sjukdom (F1-F2, F30-F31, F60-F61). För antidepressiva läkemedel användes ATC-koden N06A.

Nydiagnostiserad depression eller ångestsyndrom

Nydiagnostiserad depression eller ångest avser nya fall av depression eller ångestsyndrom som här har definierats som två föregående år utan diagnostiserad depression eller ångestsyndrom i patientregistret (huvuddiagnoser).

Studiepopulation och data

I studiepopulationen inkluderades alla personer som var folkbokförda i Sverige den 31/12 2008 som var mellan 10 och 24 år och som *inte* hade vårdats för depression eller ångestsyndrom under 2006-2007. Studiepopulationen inkluderar 1 712 173 personer totalt varav ca 1 % (n=14 499) nydiagnostiserades med depression eller ångestsyndrom under 2008. Personerna följdes upp till och med år 2018.

Data från följande register användes: utbildningsregistret (UREG) vid Statistiska Centralbyrån; registerbaserad aktivitetsstatistik (RAKS) vid Statistiska Centralbyrån; patientregistret vid Socialstyrelsen; samt dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen.

Bakgrundsvariabler

Uppgifter om ålder, kön och folkbokföringskommun inhämtades från UREG.

Studiepopulationen delades in i två *åldersgrupper* baserat på individens ålder under 2008; 10-17 och 18-24 år. *Boenderegion* baserar sig på individens folkbokföringskommun under 2008 och har kategoriserats enligt Sveriges Kommuner och Regioners kommungruppsindelning från 2017. Följande 3 kategorier användes: *Storstäder och storstadsnära kommuner*, *större städer och kommuner nära större stad* samt *mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner*.

Uppgifter om andra psykiatriska diagnoser hos individerna inhämtades från patientregistret. *Annan psykisk sjukdom* respektive *neuropsykiatriska tillstånd* definierades som vård inom sluten eller öppen specialiserad vård någon gång under perioden 2006-2010 (huvud- eller bidiagnoser enligt ovan).

Utfallsmått

Studiepopulationen följdes upp perioden 2009-2018 i patientregistret och dödsorsaksregistret samt år 2017 i RAKS. Följande utfall studerades:

Suicidförsök avser vård inom sluten eller öppen specialiserad vård någon gång under perioden 2009–2018 med yttre orsakskod som anger avsiktlig självdestruktiv handling med eller utan känd suicidavsikt inklusive oklara fall (ICD-10 X60–X84, Y10–Y34). *Suicid* avser avlidna med dödsorsak som anger avsiktlig självdestruktiv handling inklusive oklara fall (ICD-10 X60–X84, Y10–Y34) under perioden 2009–2018.

Dödlighet förutom suicid avser avlidna i samtliga dödsorsaker förutom suicid och oklara fall under perioden 2009-2018.

Svagt etablerad avser svagt etablerad på arbetsmarknaden år 2017 och baserar sig på variabel i RAKS. SCB beräknar ett gränsvärde för svag etablering och om en person har lägre inkomst av förvärvsarbete än denna gräns, klassas denne som svagt etablerad. Endast personer som är anställda kan få en markering om etableringsgrad. Egna företagare eller personer med fåmansaktiebolag ingår inte.

Sjukpenning, ekonomiskt bistånd samt sjuk- eller aktivitetsersättning avser personer som har dessa inkomster som huvudsaklig inkomstkälla år 2017 enligt variabel i RAKS.

Analys

Relativa risker (hazard ratio, HR) och tillhörande 95 % konfidensintervall beräknades med Cox-regression. Referensgruppen bestod av personer som *inte* nydiagnostiserades med depression eller ångestsyndrom under 2008.

I beräkningen av relativ risk användes flera regressionsmodeller stegvis, där statistisk justering gjordes för ålder, kön, boenderegion, annan psykisk sjukdom och neuropsykiatriska tillstånd. Först beräknades ojusterade estimat (redovisas ej). Därefter justerades estimaten för ålder, kön och boenderegion (CRUDE). I nästa steg justerades estimaten ytterligare för annan psykisk sjukdom (modell 1) och slutligen även för neuropsykiatriska tillstånd (modell 2).

I de analyser som rör etablering på arbetsmarknaden och huvudsaklig inkomstkälla har studiepopulationen avgränsats till personer som levde och var folkbokförda i Sverige vid tidpunkten för uppföljning (31/12 2017) och här användes konstant tid i Cox-regressionerna. I de övriga analyserna har personerna censurerats när de avlider (av annan orsak än det som studeras) eller utgår ur UREG av annan anledning (vanligtvis utvandring).

Studien är genomförd inom ramen för Socialstyrelsens instruktion och myndigheten kan enligt svensk lag använda nationella registerdata för att genomföra epidemiologiska analyser.

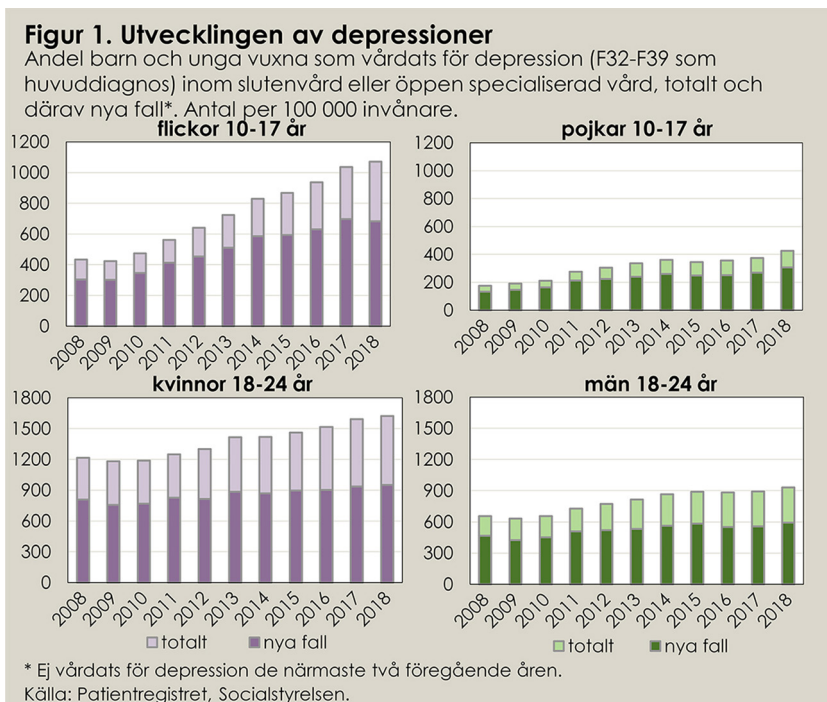
Resultat

Inrapporterade depressioner och ångestsyndrom bland unga

Prevalensen och incidensen av inrapporterade depressioner och ångestsyndrom bland unga ökade under perioden 2008–2018 (figur 1 och 2). Ångestsyndrom var vanligare än depressioner bland båda könen och i båda åldersgrupperna. Bland barn fanns dessutom en mer uttalad ökning av incidensen av båda tillstånden under tidsperioden, i synnerhet bland flickor 10–17 år.

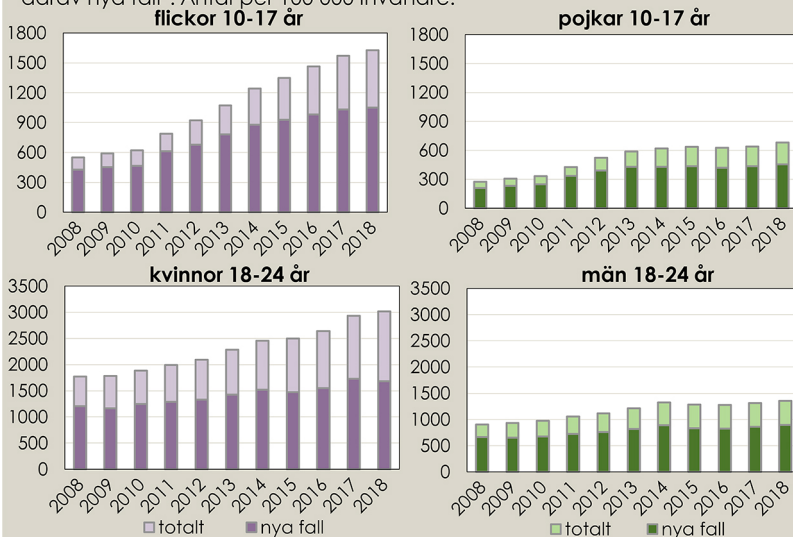
Medelsvåra depressiva episoder och recidiverande (återkommande) depressioner var vanliga diagnoser som unga fick. Bland ångestsyndromen var blandade ångest- och depressionstillstånd eller akuta stressreaktioner vanliga. Det var också vanligt att depressiva episoder och ångeststillstånd klassificerades som ospecificerade.

Motsvarande utveckling fanns även för uttag av antidepressiva läkemedel (figur 3). Dessa läkemedel är vanliga vid behandling av både depressioner och ångestsyndrom. Andelen barn och unga som för första gången hade uttag av ett antidepressivt läkemedel ökade under perioden 2008–2018.



Figur 2. Utvecklingen av ångestsyndrom

Andel barn och unga vuxna som vårdats för ångestsyndrom (F40-F48 som huvuddiagnos) inom slutenvård eller öppen specialiserad vård, totalt och därav nya fall*. Antal per 100 000 invånare.

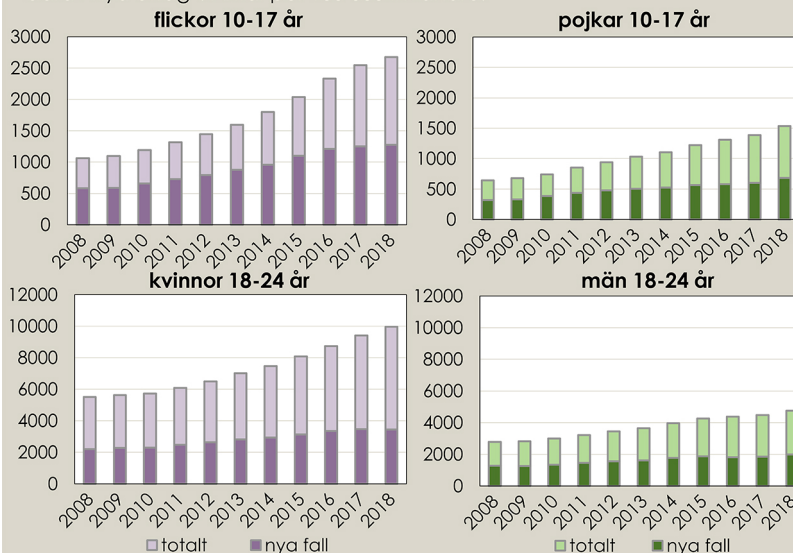


* Ej vårdats för ångestsyndrom de närmaste två föregående åren.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur 3. Utvecklingen av uttag av antidepressiva

Andel barn och unga vuxna med uttag av antidepressiva (N06A) totalt och därav nya uttag*. Antal per 100 000 invånare.



* Ej haft uttag av antidepressiva de närmaste två föregående åren.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Konsekvenser av att tidigt nydiagnostiseras med depression eller ångest

Bland dem med nydiagnostiserad depression eller ångest var en större andel flickor och unga kvinnor (63 %) och det var vanligare med andra samtidiga psykiatriska diagnoser (tabell 1). Andelen avlidna under de kommande 10 åren var högre bland både kvinnor och män med nydiagnostiserad depression eller ångest, dock generellt högre bland män.

Tabell 1. Antal med och utan nydiagnostiserad depression eller ångest under 2008 varav antal och andel (%) med annan psykisk sjukdom respektive neuropsykiatriska tillstånd, samt antal och andel (%) som avled under 2009-2018, fördelat efter ålder.

Ålder 2008	Studiepopulation	Annan psykisk sjukdom	Neuropsykiatriska tillstånd	Avlidna 2009-2018
Pojkar 10-17				
Depression eller ångest	1 462	192 (13,1)	522 (35,7)	26 (1,8)
Referensgrupp	458 370	6 212 (1,4)	25 361 (5,5)	1 795 (0,4)
Flickor 10-17				
Depression eller ångest	2 787	499 (17,9)	678 (24,3)	23 (0,8)
Referensgrupp	431 257	5 886 (1,4)	11 711 (2,7)	772 (0,2)
Män 18-24				
Depression eller ångest	3 953	1 148 (29,0)	755 (19,1)	133 (3,4)
Referensgrupp	418 959	13 058 (3,1)	9 819 (2,3)	2 566 (0,6)
Kvinnor 18-24				
Depression eller ångest	6 297	1 663 (26,4)	758 (12,0)	68 (1,1)
Referensgrupp	389 088	9 973 (2,6)	5 640 (1,4)	922 (0,2)

Under perioden 2009-2018 hade totalt 33 370 unga genomfört minst ett suicidförsök, 2 100 avlidit i suicid och 4 214 unga avlidit av annan orsak än suicid. Av dessa utgjorde unga med nydiagnostiserad depression eller ångest 1 782 av antalet med suicidförsök, 141 av antalet döda i suicid samt 109 av antalet övriga dödsfall.

Unga med nydiagnostiserad depression eller ångest hade, jämfört med övriga unga, en förhöjd relativ risk för samtliga tre utfall under de efterföljande tio åren (tabell 2). Överrisken minskade vid ytterligare justering för annan psykisk sjukdom (modell 1) och neuropsykiatriska tillstånd (modell 2).

När hänsyn tagits till ålder, kön, boenderegion, annan psykisk sjukdom och neuropsykiatriska tillstånd kvarstod en överrisk för suicidförsök (HR=2,29) och suicid (HR=2,89). För dödlighet förutom suicid var sambandet inte längre signifikant.

År 2017 var totalt 252 696 unga svagt etablerade på arbetsmarknaden; 41 055 hade sjuk- eller aktivitetsersättning, 15 651 hade sjukpenning och 20 755 hade ekonomiskt bistånd som huvudsaklig inkomstkälla. Av dessa utgjorde unga med nydiagnostiserad depression eller ångest 2 511 av antalet svagt etablerade, 1 529 av antalet med sjuk- eller aktivitetsersättning, 715 av antalet med sjukpenning samt 677 av antalet med ekonomiskt bistånd.

tema

Tabell 2. Justerade relativa risker (HR) och 95 % konfidensintervall (KI) för suicidförsök, suicid, och dödlighet förutom suicid bland unga med nydiagnostiserad depression eller ångest år 2008. Referensgrupp (HR=1) är jämnåriga som inte nydiagnostiserades med depression eller ångest.

Utfall	N	n (%)	CRUDE	Model 1	Model 2
Suicidförsök					
Depression eller ångest	13 992	1 728 (12,3)	6,62 (6,30; 6,95)	2,78 (2,64; 2,93)	2,29 (2,17; 2,41)
Referensgrupp	1 641 992	31 642 (1,9)	1	1	1
Suicid					
Depression eller ångest	13 992	141 (1,01)	8,84 (7,44; 10,51)	3,33 (2,77; 4,00)	2,89 (2,40; 3,47)
Referensgrupp	1 641 992	1 959 (0,12)	1	1	1
Dödlighet förutom suicid					
Depression eller ångest	13 960	109 (0,78)	3,21 (2,65; 3,88)	1,54 (1,26; 1,87)	1,20 (0,98; 1,46)
Referensgrupp	1 644 147	4 105 (0,25)	1	1	1

CRUDE: Justerad för ålder, kön och boenderegion.

Modell 1: Justerad för ålder, kön, boenderegion och annan psykisk sjukdom.

Modell 2: Justerad för ålder, kön, boenderegion, annan psykisk sjukdom och neuropsykiatriska tillstånd.

Tabell 3. Justerade relativa risker (HR) och 95 % konfidensintervall (KI) för svag etablering, sjuk- eller aktivitetsersättning, sjukpenning och ekonomiskt bistånd år 2017 bland unga med nydiagnostiserad depression eller ångest år 2008.

Referensgrupp (HR=1) är jämnåriga som inte nydiagnostiserades med depression eller ångest.

Utfall	N	n (%)	CRUDE	Model 1	Model 2
Svag etablering*					
Depression eller ångest	9 703	2 511 (25,9)	1,54 (1,48; 1,60)	1,45 (1,39; 1,51)	1,38 (1,33; 1,44)
Referensgrupp	1 373 594	250 185 (18,2)	1	1	1
Sjuk- eller aktivitetsersättning					
Depression eller ångest	13 909	1 529 (11,0)	5,13 (4,88; 5,40)	3,35 (3,17; 3,54)	1,49 (1,42; 1,58)
Referensgrupp	1 644 352	39 526 (2,4)	1	1	1
Sjukpenning					
Depression eller ångest	13 909	715 (5,1)	4,20 (3,90; 4,53)	2,80 (2,58; 3,03)	2,51 (2,32; 2,72)
Referensgrupp	1 644 352	1 4936 (0,9)	1	1	1
Ekonomiskt bistånd					
Depression eller ångest	13 909	677 (4,9)	4,40 (4,04; 4,72)	2,32 (2,14; 2,51)	1,92 (1,77; 2,08)
Referensgrupp	1 644 352	20 078 (1,2)	1	1	1

CRUDE: Justerad för ålder, kön och boenderegion.

Modell 1: Justerad för ålder, kön, boenderegion och annan psykisk sjukdom.

Modell 2: Justerad för ålder, kön, boenderegion, annan psykisk sjukdom och neuropsykiatriska tillstånd.

*Endast personer med uppgift om etableringsgrad 2017 ingår (egna företagare eller personer med fåmansaktiebolag ingår ej).

Unga med nydiagnostiserad depression eller ångest hade, jämfört med övriga unga, en förhöjd relativ risk för samtliga fyra utfall under 2017 (tabell 3). I likhet med resultaten ovan minskade överriskerna vid ytterligare justering för annan psykisk sjukdom (modell 1) och neuropsykiatriska tillstånd (modell 2).

När hänsyn tagits till ålder, kön, boenderegion, annan psykisk sjukdom och neuropsykiatriska tillstånd kvarstod en överrisk för svag etablering på arbetsmarknaden (HR=1,38), sjuk- eller aktivitetsersättning (HR=1,49), sjukpenning (HR=2,51) och ekonomiskt bistånd (HR=1,92).

Diskussion

Inrapporterade depressioner och ångestsyndrom bland unga

Depressioner och ångestsyndrom fortsätter att öka bland barn och unga vuxna enligt inrapporterade diagnoser till Socialstyrelsens register. Det som har kännetecknat utvecklingen är att andelen inrapporterade nya fall successivt har ökat över studieperioden. Ökningen av nya fall i kombination med att sjukdomsfallen ofta blir långvariga medför att depressioner och ångestsyndrom bland unga fortsätter att öka i takt med att de nya fallen adderas till den prevalenta populationen. Ökningen av nya fall har varit som mest påtaglig bland flickor, men mönstret återfinns om än mindre uttalat också bland övriga grupper (pojkar samt unga män och unga kvinnor).

Till Socialstyrelsens patientregister inrapporteras endast psykiatriska diagnoser som har fastställts vid läkarbesök i specialiserad öppenvård eller vid slutenvård. Till exempel har myndigheten inte uppgifter från primärvården eller elevhälsan. Detta innebär att alla unga med depression eller ångestsyndrom inte återfinns i patientregistret.

Uttag av antidepressiva läkemedel på recept bland unga har också ökat under motsvarande studieperiod som den ökade inrapporteringen av depressioner och ångestsyndrom. Socialstyrelsen har tidigare visat att den ökade förskrivningen av antidepressiva läkemedel är direkt relaterad till ökningen av sjukdomsfall och inte till en förändrad praxis att i större utsträckning behandla unga med läkemedel vid depressioner eller ångestsyndrom [2]. Det kan vara värt att notera i sammanhanget att uttag av antidepressiva kan komma närmare en "sann" förekomst av psykisk ohälsa, inte minst bland gymnasieelever och unga vuxna. Detta beror på att förskrivningen av antidepressiva inkluderar även primärvårdens förskrivningar, varifrån Socialstyrelsen inte får diagnoser inrapporterade till patientregistret.

Av de unga som nydiagnostiserades med depressioner eller ångestsyndrom under 2008 behöver många fortsatt vård och läkemedelsbehandling framöver [3]. Sådana långvariga sjukdomsförlopp kommer sannolikt att innebära att an-

delen personer som har en depression eller ett ångestsyndrom förflyttas upp i åldrarna i befolkningen när de unga blir äldre. Det har redan skett en ökning av andelen som har tillstånden eller har uttag av antidepressiva i äldre åldersgrupper, något som inte beror på att antalet nya fall har ökat inom de äldre åldersgrupperna utan på att unga med långa sjukdomsförlopp har blivit äldre [4]. En konsekvens av detta är att en ökad andel personer inom den arbetsföra befolkningen kan komma att stå utanför arbetsmarknaden på grund av psykisk ohälsa. Många kan dessutom ha haft svårigheter att fullfölja en utbildning på grund av den psykiska ohälsan.

Det är inte känt vad som ligger bakom en ökad diagnostik av depressioner och ångestsyndrom bland barn och unga vuxna. Däremot har Socialstyrelsens analyser pekat på att det är ungdomar i alla grupper som relativt sett omfattas av ökningen, oavsett psykosocial eller socioekonomisk situation. Myndigheten har tidigare exempelvis visat att olika belastande psykosociala eller socioekonomiska faktorer, som psykisk sjukdom eller beroende hos förälder eller en ensamstående förälder, innebär en förhöjd risk för senare vård av psykisk sjukdom bland unga men den relativa riskökningen över tid har varit lika stor även för unga som inte har sådana förhållanden. Pågående utveckling med den ökade inrapporteringen av depressioner och ångestsyndrom bland unga verkar således vara ett fenomen som inte har ett klart samband med ”klassiska” faktorer kopplade till psykosociala eller socioekonomiska förhållanden utan ökningen har, relativt sett, drabbat en bred grupp unga [5].

Ökningen av diagnoser behöver inte nödvändigtvis bero på att depressioner och ångestsyndrom reellt ökar bland unga i befolkningen utan tillstånden kan ha varit konstanta över tid. Det kan röra sig om ett tidigare mörkertal, där exempelvis en ökad medvetenhet, nya behandlingar och bättre tillgänglighet till vård har medfört att hälso- och sjukvården nu diagnostiserar fler barn och unga vuxna. Dessutom kan förändrade attityder och ökad medvetenhet avseende mående och vård bland unga också ha spelat en roll och inneburit en ökad benägenhet för dem att söka hjälp vid behov.

Det är dock angeläget att öka kunskapen om huruvida ökningen av diagnoser kan avspegla en reell ökning bland unga i befolkningen. Vid en reell ökning väcks frågor om vilka orsaksfaktorer som driver ökningen och vilka åtgärder som kan vara adekvata för att stoppa utvecklingen. Till exempel har samhällsliga förändringar, rörande skola och arbetsmarknad som i hög grad är gemensamma miljöer för de flesta unga, förknippats med ökad stress och ökade påfrestningar för gruppen [6].

Ökad risk för långtgående konsekvenser av att tidigt nydiagnostiseras med depression eller ångestsyndrom

Resultaten pekar på att många unga som diagnostiseras med depression eller ångestsyndrom blir mer eller mindre kroniskt sjuka och får svårare att etablera sig i arbets- och vuxenlivet än övriga unga. Resultaten är i linje med en nyligen publicerad svensk longitudinell studie [7].

I föreliggande studie kan Socialstyrelsen konstatera att de barn och unga vuxna som nydiagnostiserades med depression eller ångestsyndrom hade vid uppföljning tio år senare ökad risk för fortsatt behov av vård och dessutom en betydande överrisk för suicidförsök eller suicid jämfört med övriga unga. Överrisken kvarstod efter justering för ålder, kön, boenderegion, annan psykisk sjukdom och neuropsykiatriska tillstånd.

Resultaten pekar på vikten av tidiga insatser bland unga som uppvisar tecken på psykisk ohälsa i ett tidigt skede för att förhindra ett insjuknande med svårare sjukdomstillstånd och långdragna sjukdomsförlopp [8]. Kunskapen om olika tidiga insatser i dag är dock bristfällig [9]. I de fall funktionsförmågan påverkas av svårare sjukdom kan det bli svårt att tillgodogöra sig studier och etablera sig på arbetsmarknaden. De barn och unga vuxna som tidigt insjuknade i depressioner eller ångestsyndrom i denna studie hade en ökad risk för svag etablering på arbetsmarknaden och för att ha inkomster från sjuk- eller aktivitetsersättning, sjukpenning och ekonomiskt bistånd i jämförelse med övriga unga.

Slutsatser

Andelen unga som insjuknar i depressioner och ångestsyndrom har ökat i Sverige. Ökningen ställer krav på att hälso- och sjukvården kan möta behovet hos ett ökande antal unga med dessa tillstånd. Uppföljning av dem som tidigt fick en diagnos visar också att unga som diagnostiseras med depressioner eller ångestsyndrom har en ökad risk för svag etablering på arbetsmarknaden och för att ha sina huvudsakliga inkomster från sjuk- eller aktivitetsersättning, sjukpenning eller ekonomiskt bistånd i jämförelse med övriga unga. Gruppen hade även en ökad risk för suicidförsök eller suicid.

Sådana konsekvenser aktualiserar behovet av tidiga insatser vid psykisk ohälsa, exempelvis inom elevhälsan, för att förhindra allvarliga och långvariga sjukdomsfall. Det är också angeläget att efterföljande vård och insatser för dem som blir kroniskt sjuka är adekvata och långsiktiga. Att i tidig ålder exkluderas från arbetsmarknaden kan dessutom ytterligare påverka den psykiska hälsan negativt och leda till en ökad risk för pålagring av svårigheter.

Referenser

1. Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barn och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Socialstyrelsen, 2013.
2. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna – Till och med 2016. Socialstyrelsen, 2017.
3. Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Nationella riktlinjer – Utvärdering. Huvudrapport med förbättringsområden. Socialstyrelsen, 2019.
4. Depressioner och ångestsyndrom bland barn och unga vuxna – uppföljning till och med 2018. Socialstyrelsen, 2020.
5. Mot ett system för verksamhetsuppföljning av psykiatriområdet – Delrapport 2011. Kapitel Epidemiologiska underlag för uppföljning av psykiatriområdet. Socialstyrelsen, 2011.
6. Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga? Utvecklingen under perioden 1985–2014. Folkhälsomyndigheten, 2018.
7. Ssegonja R, Alaie I, Philipson A, et al. Depressive disorders in adolescence, recurrence in early adulthood, and healthcare usage in mid-adulthood: A longitudinal cost-of-illness study. *Journal of Affective Disorders* 2019; 258:33-41.
8. Fazel M, Hoagwood K, Stephan S, Ford T. Mental health interventions in schools in high-income countries. *Lancet Psychiatry* 2014; 1:377-387.
9. Caldwell DM, Davies SR, Hetrick SE, et al. School-based interventions to prevent anxiety and depression in children and young people: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2019; 6:1011-1020.