

Kunskapsunderlaget 2024

Tematiskt tillägg

Innehåll

Sammanfattning och slutsatser	3
1 Inledning	5
1.1 Syfte och mål	5
1.2 Genomförande och metod	5
1.3 Rapportens struktur	5
2 Psykisk hälsa	6
2.1 Sammanfattning och slutsatser	7
3 Psykisk hälsa och socioekonomiska förutsättningar	8
3.1 Socioekonomisk ojämlikhet	10
3.2 Boendesegregation	12
3.3 Ojämlikhet i psykisk ohälsa utifrån födelseland	18
3.4 Socialt deltagande	19
4 Trender inom psykisk hälsa	22
4.1 Ökad Rapportering av psykisk ohälsa	22
4.2 Psykiskt välbefinnande och psykisk påfrestning	24
4.2.1 SWEMWBS, psykiskt välbefinnande i befolkningen	24
4.2.2 K6, allvarig psykisk påfrestning i befolkningen	24
4.2.3 Stress	26
4.3 Skolbarns hälsovanor	27
4.3.1 Sociala relationer	27
4.3.2 Skolmiljön och stress i skolan	28
4.3.3 Skolstressen fortsätter öka	29
4.3.4 Trivseln i skola fortsätter att minska	30
4.3.5 Mobbning och sociala relationer	30
4.3.6 Sociala medier och nätmobbning	31
4.3.7 Resultat från LUPP undersökningen 2021	32
5 Psykiatriska tillstånd	34
5.1 ADHD	35
5.2 ADD	36
5.3 Ångesttillstånd	37
5.4 Autism	38

5.5	Samsjuklighet	38
5.6	Regionens insatser för barn och unga	39
5.7	Ekonomiska konsekvenser	43
6	Trender inom psykisk hälsa	44

Sammanfattning och slutsatser

Det är viktigt att beskriva situationen inom området psykisk hälsa korrekt. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har tagit fram PM för att uppnå enhetlig användning av centrala begrepp inom psykisk hälsa.

Socioekonomiska klyftor ökar. Ökande socioekonomiska ojämlikheter i samhället i sig samt låg socioekonomisk status är en riskfaktor för psykisk ohälsa bland befolkningen

Ungas psykiska hälsa påverkas av deras uppfattningen om familjens ekonomi i relation till andra jämnåriga i skolan eller i det geografiska bostadsområdet.

Det finns stora skillnader i socioekonomiska förutsättningar mellan olika geografiska områden i länet och boendesegregationen ökar

Negativa osäkra trender kan noteras angående skyddsfaktorer som deltagandet i fysiska aktiviteter och socialt deltagande.

Stress och oro bland barn och unga har under en längre tid ökat i både Sverige och jämförbara länder. I flera rapporter beskrivs ökningen som mer markant bland flickor jämfört med pojkar.

Skillnaden mellan åldersgrupper är stor. Yngre upplever mer stress och oro jämfört med äldre. Skolbarns hälsovanor verkar också ha påverkats i samma riktning. Skolstressen ökar samtidigt som trivseln i skolan minskar. Andelen elever som anger att de blivit mobbade i skolan ökar också.

Sociala relationer är en viktig skyddsfaktor, att ha en vuxen/förälder som man kan prata med är viktigt, liksom kamrattstöd. Måttlig användning av sociala medier har visat sig samvariera med ökat välbefinnande. Resultaten för Kalmar län avviker inte signifikant från de resultat som redovisas på riksnivå.

Mer behöver göras för att bryta trenden av ökad stress och oro bland unga. Gemensamma åtgärder i kommuner, skolan, civilsamhälle och näringsliv behövs för att stärka skyddsfaktorer och minska riskerna för psykisk ohälsa bland barn och unga.

År 2022 var det 6,4 procent av alla barn i landet som hade kontakt med Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Det är en ökning med 0,9 procentenheter jämfört med 2017. Region Kalmar län tillhör de regioner som har högst andel kontakter.

Samtliga kommuner har en ökning av barn och unga med ADHD förutom Torsås kommun. Nästan 40 procent fler i Emmaboda kommun under åren 2020 till 2022. I Högsby och Kalmar kommun är också ökningen stor, drygt 25 procent.

De allra flesta som diagnostiserats med någon av de stora och ökande diagnoserna (ADHD och AST) har mer än en psykiatrisk diagnos, det vill säga någon form av samsjuklighet.

Besök och kontakter med de olika verksamheterna behöver uppmärksammas både ur fördelningen mellan allmän och specialist vård samt ur ett socioekonomiskt perspektiv.

Kostnaderna för vård av barn och unga med ADHD och ADD har ökat med 15 miljoner mellan 2020 och 2022.

De trender som utifrån detta tematiska tillägg bedöms ha stor påverkan på invånare och regionens verksamhet är:

- Stor ökning av antalet barn och unga med neuropsykiatrisk diagnos
- Unga tjejers psykiska påfrestning ökar
- Ökade socioekonomiska klyftor

Eventuellt påbörjade trender handlar om det sociala deltagande som minskade i samband med pandemin i hela landet. I riket har det skett en återhämtning men i Kalmar län finns det en fortsatt minskning i det sociala deltagandet. Frågan är om det är en påbörjad negativ trenden i Kalmar län?

1 Inledning

1.1 Syfte och mål

Syftet med kunskapsunderlaget är att samla in, analysera och presentera relevant kunskap om förutsättningar för ett friskare, tryggare och rikare liv och en hållbar utveckling i Kalmar län. Detta tematiska tillägg har som syfte att beskriva barn och ungas psykiska hälsa i Kalmar län.

Målet är att kunskapsunderlaget ska bidra till god och effektiv planering och styrning av verksamheten inom Region Kalmar län. Kunskapsunderlaget utgör ett underlag till kommande regionplan som bygger på Region Kalmar läns övergripande mål. Dessa är: Nöjda invånare och samarbetspartners, Hållbar utveckling i hela länet, Sveriges bästa kvalitet, säkerhet och tillgänglighet, En av Sveriges bästa arbetsplatser samt God ekonomisk hushållning. Utgångspunkten för Region Kalmar läns regionplan är länets gemensamma prioriterade utvecklingsområden som ingår i den regionala utvecklingsstrategin (RUS)¹: Delaktighet, hälsa och välbefinnande; God miljö för barn och unga; Hållbar samhällsplanering, samt Stärkt konkurrenskraft. Ramen för det regionala utvecklingsarbetet är FN:s globala hållbarhetsmål².

1.2 Genomförande och metod

Uppgifterna i kunskapsunderlaget bygger på statistik och rapporter från bland annat Statistiska Centralbyrån (SCB), Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten (FHM), tillgänglig litteratur och regionens eget journal-system Cosmic. Materialet har analyserats på olika geografiska nivåer som till exempel region och kommun, men också med avseende på kön, ålder och socioekonomiska faktorer.

1.3 Rapportens struktur

Rapporten innehåller information om beskrivning av vad viktiga begrepp betyder inom området psykisk hälsa (avsnitt 2). I avsnitt 3 kopplas psykisk hälsa ihop med socioekonomiska förutsättningar. Därefter följer en redovisning om trender inom psykisk hälsa med tyngdpunkt på Kalmar län (avsnitt 4). Avsnitt 5 beskriver utvecklingen av psykiatriska tillstånd. Rapporten avslutas med ett sammanfattande avsnitt om de viktigaste trenderna inom psykisk hälsa för regionen och dess invånare.

¹ Region Kalmar Län. *Klimat att växa i: Regional utvecklingsstrategi för Kalmar Län 2030*. Kalmar: Region Kalmar län, 2022.

² United Nations. The 17 goals. *United Nations*. [The 17 Goals](#). (Hämtad 2023-02-14).

2 Psykisk hälsa

Psykisk hälsa handlar ofta i det offentliga samtalet om psykisk ohälsa. Användning av begrepp som exempelvis ångest och depression kan ha fått en annan betydelse hos barn och unga än den äldre delen av befolkningen. Att dra slutsatser om eventuella signifikanta förändringar i den psykiska hälsan hos befolkningen kan därför vara svårt³. Har unga en sämre psykisk hälsa? Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har tagit fram ett PM för att föreslå enhetlig användning av centrala begrepp inom psykisk hälsa.⁴

Modellen nedan ger en förenklad skiss om hur de olika begreppen relaterar till varandra. Följande avsnitt bygger på definitioner kopplade till modellen:



Figur 2-1 Modell för att beskriva hur begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra (Källa: Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, SBU och Sveriges Kommuner och Regioner)

Psykisk hälsa är ett samlande begrepp för psykiskt välbefinnande respektive psykisk ohälsa. **Psykiskt välbefinnande** handlar om att kunna hantera livets svårigheter, att känna tillfredsställelse med livet eller ha goda sociala relationer. Det handlar även om att kunna känna njutning, lust och lycka. Här betonas att det inte finns något skarpt motsatsförhållande mellan psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. En person som har ett psykiatriskt tillstånd kan ändå känna ett psykiskt välbefinnande. På liknande sätt kan en person som inte har några diagnoser ändå uppleva ett lågt psykiskt välbefinnande. Begreppen är därmed inte varandras motsatser.

³ Wickström, A., & Kvist Lindholm, S. (2020). *Young people's perspectives on the symptoms asked for in the Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) survey*. Childhood (Copenhagen, Denmark), 27(4), 450-. <https://doi.org/10.1177/0907568220919878>

⁴ Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, SBU och Sveriges Kommuner och Regioner (2020), *Begrepp inom området psykisk hälsa*. Hämtad 8 januari 2024 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/pm_begrepp-inom-omradet-psykisk-halsa.pdf

Psykisk ohälsa delas in i både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Båda orsakar lidande, för individen själv eller omgivningen.

Psykiska besvär är vanliga. De är ofta reaktioner på händelser eller situationer i livet. De kan vara milda eller svåra, beroende på hur mycket vardagen påverkas, men inte så svåra att de uppfyller kriterier för en psykiatrisk diagnos. Några exempel på vanliga psykiska besvär är:

- oro
- nedstämdhet
- sömnsvårigheter

Psykiatriska tillstånd är psykisk ohälsa som uppfyller kraven för en psykiatrisk diagnos. I kategorin psykiska sjukdomar och syndrom ingår:

- depression
- ångestsyndrom
- schizofreni

Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser, som också kallas för neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, NPF. Några exempel är:

- adhd
- autismspektrumsvandrom
- intellektuell funktionsnedsättning.

Modellen innehåller rekommendationer vid beskrivning, utvärdering och rapportering av psykisk hälsa. Här betonas att psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa inte är uteslutande motsatspar. Vid beskrivning av situationen bör därför inte samlingsbegreppet psykisk ohälsa användas. I stället förespråkas de specifika begreppen (psykiska besvär respektive psykiatriska tillstånd. Det är viktigt att vara noga med vilket begrepp som avses, vad som har mätts, vad data avser, varifrån data hämtats och vilka felkällor som ska finnas i data. Slutligen är det viktigt att beskriva vad som är möjligt att uttala sig om eller inte.⁵

2.1 Sammanfattning och slutsatser

Det är viktigt att beskriva situationen inom området psykisk hälsa korrekt. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har tagit fram PM för att uppnå enhetlig användning av centrala begrepp inom psykisk hälsa.

⁵ Ibid.

3 Psykisk hälsa och socioekonomiska förutsättningar

Redan år 2008 belystes hur socioekonomiska förutsättningar inverkar på hälsan då WHO:s rapport *Closing the gap in a generation* utkom⁶. I rapporten gavs tre övergripande rekommendationer för att minska hälsoklyftorna. Förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv, motverka den orättvisa fördelningen av makt, pengar och resurser samt mät och förstå problemet för att kunna bedöma effekterna av olika åtgärder.

Det finns en mängd studier som visar att risker för ohälsa, som exempelvis ohälsosamma levnadsvanor, ekonomisk stress eller sexuellt riskbeteende, hänger ihop med en lägre socioekonomisk status. De mer ojämlika samhällena med stor variation i socioekonomisk spännvidd har konstaterats skapa en ökad psykisk ohälsa i befolkningen som helhet⁷. Det är rangordningen på den socioekonomiska skalan, våra statushierarkier, som i ett ojämlikt samhälle skapar en inre stress hos de allra flesta i befolkningen och även hos de som är bättre bemedlade. Dessa klyftor i samhället, som skapas genom hög eller låg grad av social status, kan i grupper med låg social status leda till ökad psykisk ohälsa där ångest och depression är sammankopplad med maktlöshet, brist på kontroll, underordning och socialt nederlag. Detta visar sig bland annat i att länder med ökade inkomstskillnader samtidigt har ökade nivåer av psykisk ohälsa i befolkningen⁷.

Tonåringars psykologiska och fysiska symtom har ett direkt samband med familjens relativa inkomst, i förhållande till andra jämnåriga i skolan eller i det geografiska bostadsområdet. Det påvisas också att 11 åriga barn med högre familjeinkomster upplever högre självkänsla och livstillfredsställelse jämfört med andra barn och att inkomstskillnader hos barnfamiljer ökar påfrestningarna på familjelivet⁷.

Liknande slutsatser framkommer även i undersökningen Skolbarns hälsovanor⁸, som hävdar att det finns en koppling mellan ungdomarnas uppfattning om familjens ekonomi och förekomsten av självrapporterade psykosomatiska besvär. En högre ekonomisk status inom familjen korrelerar med en lägre förekomst av självrapporterade psykosomatiska besvär bland tonåringar⁹.

En kunskapssammanställning från Folkhälsomyndigheten¹⁰ visar att det finns skillnader i förekomst av positiv psykisk hälsa och psykisk ohälsa utifrån socioekonomi redan i tidig ålder. De viktigaste bestämningsfaktorerna för ojämlikhet i psykisk hälsa är kopplade till sysselsättning och ekonomi. I rapporten identifieras även ojämlikheter utifrån kön, utbildning och sexuell läggning. Forskargruppen Child Health och Parenting (CHAP) vid Uppsala universitet visar i sin studie¹¹ att förekomsten av psykisk ohälsa var större bland barn 0-12 år

⁶ World health organization (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, final report of the commission on social determinants of health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health* (who.int)

⁷ Wilkinson, R. G. & Pickett, K. (2018). *Den inre ojämlikheten*. Stockholm: Karneval förlag.

⁸ Skolbarns hälsovanor är ett internationellt forskningsprojekt som Världshälsoorganisationen samordnar. Studien genomförs vart fjärde år och Sverige har deltagit sedan 1985.

⁹ Folkhälsomyndigheten (2015). *Socioekonomiska villkor och psykisk ohälsa bland tonåringar. Socioekonomiska villkor och psykisk ohälsa bland tonåringar* — Folkhälsomyndigheten (folkalsomyndigheten.se)

¹⁰ Folkhälsomyndigheten (2019). *Ojämlikheter i psykisk hälsa. Kunskapssammanställning. Ojämlikheter i psykisk hälsa – Kunskapssammanställning* — Folkhälsomyndigheten (folkalsomyndigheten.se)

¹¹ Durbeej, N., Liljeström, S., & Sarkadi, A. (2019) *Strukturella, socioekonomiska och diskrimineringsgrundande bestämningsfaktorer för jämlikhet i barns psykiska hälsa: En litteraturöversikt och en empirisk studie*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten: Opublicerat material.

vars föräldrar var ensamstående, var arbetslösa, hade låg utbildningsnivå, hade låg inkomst och bodde i mer socioekonomisk utsatta områden.

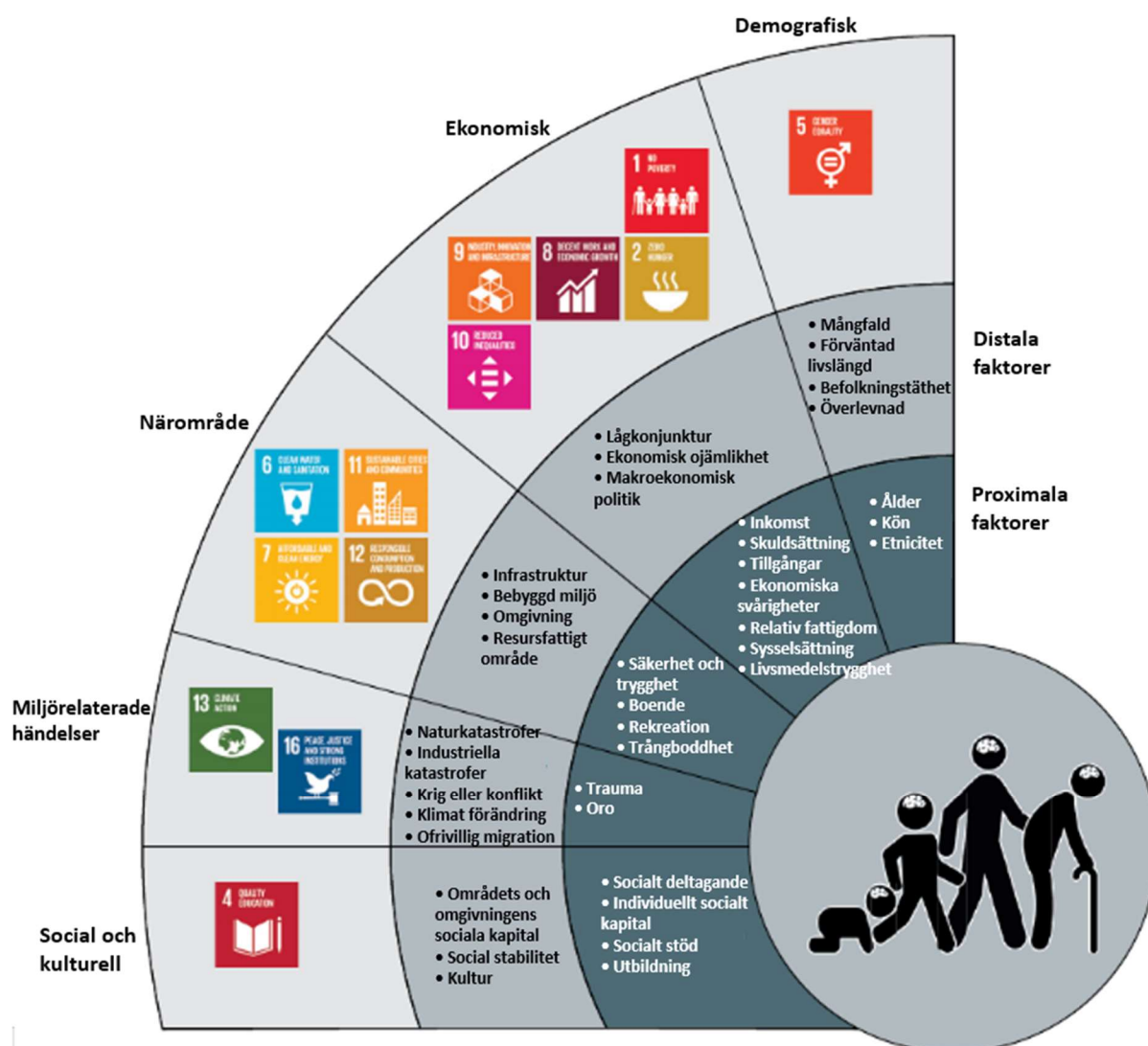
Resultat från en annan studie¹² som undersökt sambandet mellan utsatthet i barndomen och senare vård för psykiatriska tillstånd visar att utsatthet i barndomen ökar risken för psykisk sjukdom i vuxen ålder. Risken att drabbas av psykiatriska tillstånd från 30 års åldern fördubblas om personen hade tre och fler indikatorer på utsatthet i barndomen jämfört med personer utan indikatorer på utsatthet. Dessa indikatorer är uppväxt i familjer när det förekommit dödsfall (och suicid), beroendeproblematik, kriminalitet, psykiatriska tillstånd, ekonomisk utsatthet och multipla flyttningar. Låg socioekonomisk status, både under uppväxten och som vuxen, ökar risken för psykiatriska tillstånd i vuxen ålder.

Lund C, Brook-Sumner C, Baingana F m.fl. (2018) tog fram en övergripande modell över sociala bestämningsfaktorer för psykisk hälsa och dess koppling till målen för hållbar utveckling i Agenda 2030¹³ (se figur 3-1). Modellen kan användas för att identifiera potentiella mekanismer och mål för interventioner. Sociala bestämningsfaktorerna definieras efter WHO:s definition som de sociala och ekonomiska förhållanden som har en direkt inverkan på förekomsten och svårighetsgraden av psykiska störningar hos man och kvinna under hela livsförloppet¹⁴. Som visar modellen, kan ogynnsamma förhållanden återfinnas inom demografi, ekonomi, närområde, miljö och social och kulturell domän. Distala (strukturella förhållanden) och proximala (närmare individen) faktorer kan betraktas som risk- och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa.

¹² Folkhälsomyndigheten (2023) *Samband mellan utsatthet i barndomen och senare vård för psykiatriska tillstånd. Resultat från en registerbaserad kohortstudie i Sverige, version 2. Samband mellan utsatthet i barndomen och senare vård för psykiatriska tillstånd – Resultat från en registerbaserad kohortstudie i Sverige, version 2* — Folkhälsomyndigheten ([folkhalsomyndigheten.se](https://www.folkhalsomyndigheten.se))

¹³ 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

¹⁴ WHO, Calouste Gulbenkian Foundation. *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization, 2014.



Figur 3-1. Sociala och kulturella bestämningsfaktorer för psykisk ohälsa i relation till globala målen för hållbar utveckling (Källa: Lund C, Brook-Sumner C, Baingana F m.fl., 2018)

Vidare i detta avsnitt kommer vi att fokusera på några av de bestämningsfaktorer där vi ser viktiga trender för vårt län som socioekonomisk ojämlikhet och socialt deltagande. Socioekonomisk ojämlikhet motsvarar en komplex sammanflätning av andra faktorer i modellen som tex ekonomisk ojämlikhet, relativ fattigdom, sysselsättning, boende, utbildning, etnicitet med flera.

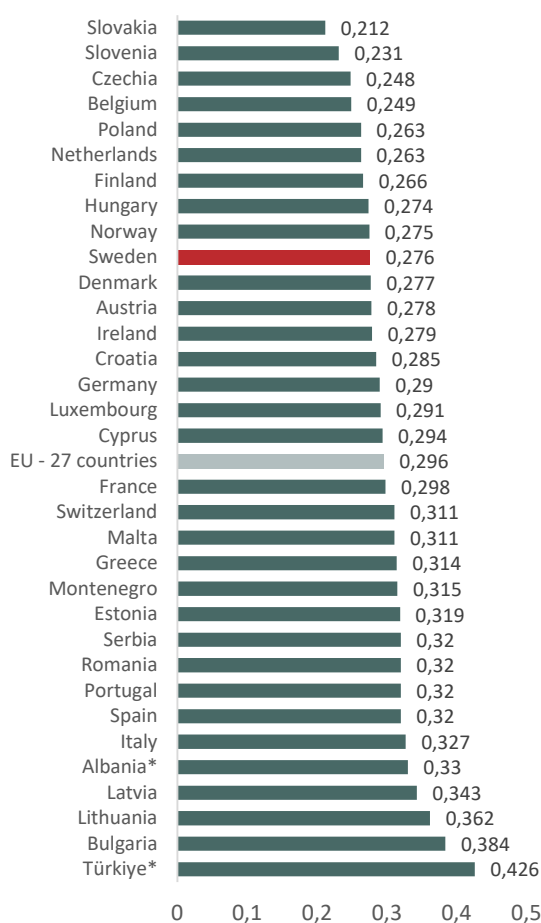
3.1 Socioekonomisk ojämlikhet

Socioekonomisk ojämlikhet hänvisar till ojämlikheten mellan individer eller grupper i samhället när det gäller ekonomiska resurser och sociala ställningar. Detta innefattar en rad olika aspekter av livet, inklusive inkomst, utbildning, hälsa, bostad, arbetsmöjligheter och tillgång till andra resurser och möjligheter.

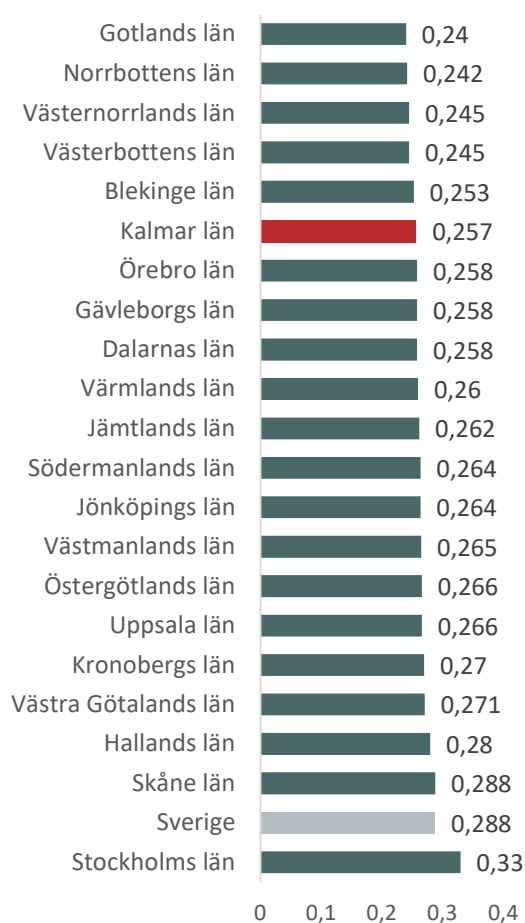
Ojämlikheter i inkomstfördelningen mätts oftast med gini-koefficienten¹⁵. Gini-koefficienten är ett tal mellan 0 och 1, där 0 representerar fullständig jämlikhet (alla har samma inkomst) och 1 representerar fullständig ojämlikhet. Ett högt värde på koefficienten visar på större ojämlikhet än ett lågt värde.

Jämfört med andra europeiska länder har Sverige en relativt jämn inkomstfördelning enligt gini-koefficienten (ca 0,28). I Eurostats sammanställning¹⁶, där även länder utanför EU ingår, är Slovakien det land som uppvisar minst inkomstskillnader med en gini-koefficienten på 0,21. Skillnaderna mellan länderna i övre delen av listan är dock små (figur 3-2).

I förhållandet till andra län och riksgenomsnittet Kalmar län har lägre inkomstskillnaderna (figur 3-3).



Figur 3-2. Gini-koefficienten för disponibel inkomst efter skatter och transfereringar, EU, 2022. (Källa: Eurostat) *Data från 2021



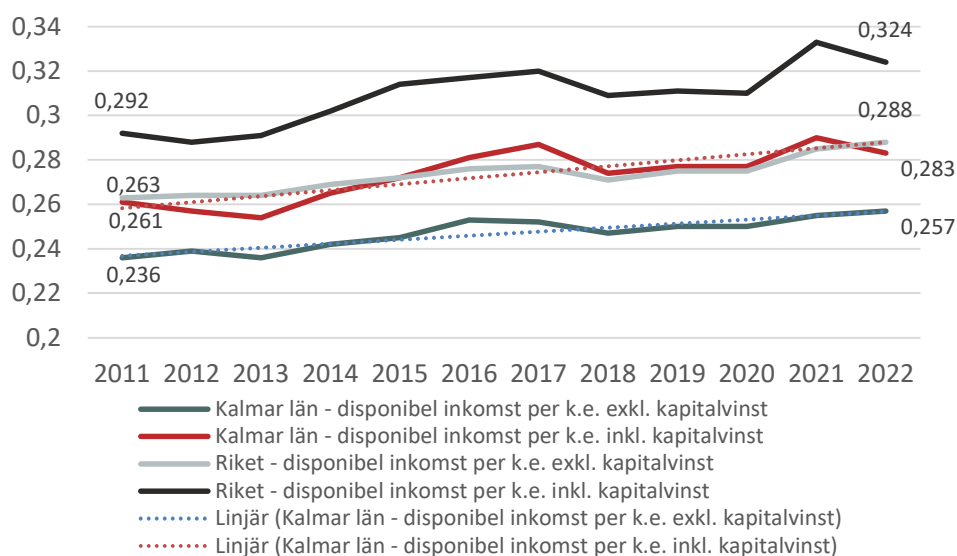
Figur 3-3. Gini-koefficienten för disponibel inkomst efter skatter och transfereringar, Sverige, 2022. (Källa: SCB)

¹⁵ Gini-koefficienten beräknas utifrån disponibel inkomst efter skatter och transfereringar och inte tar hänsyn till andra omfördelande effekter som kan komma av tex offentligfinansierad välfärd (skola, sjukvård etc.). Om man tar hänsyn till dessa effekter, minskar skillnader i inkomstfördelningen i Sverige betydligt. Måttet fokuserar på relativa inkomster och inte tar hänsyn till inkomstnivåer på en viss geografi. Det kan noteras att gini-koefficienten sjunker när samtliga invånare på en geografi blir fattigare och ökar när alla blir rikare. (Ekonomifakta. Ginikoefficient – internationellt. Ekonomifakta. 2023. [Ginikoefficient - internationellt - Ekonomifakta](#))

¹⁶ Eurostat, 2024. *Gini coefficient of equivalised disposable income - EU-SILC survey*. [Statistics | Eurostat \(europa.eu\)](#)

Den genomsnittliga disponibla inkomsten är låg i länet i förhållande till både riksgenomsnittet och andra län, men jämnare fördelat. År 2022 var disponibel medianinkomst inklusive kapitalvinst för personer i ålder 20+ år i Sverige 292,0 tkr och i Kalmar län – 270,7 tkr (93% av rikets medianinkomst)¹⁷.

Trots relativt jämn inkomstfördelning ökade inkomstskillnaderna i både länet och riket sedan 2011, när mätningarna påbörjades och trenden med ökade inkomstklyftor är tydlig. År 2022 var Kalmar läns inkomstklyftor i likhet med riket de största sedan mätningarna påbörjades (ginikoefficienten 0,257 jämfört med 0,236 för disponibla inkomster exklusive kapitalvinst) (figur 3-4). Enligt SCB¹⁸ beror ökningen av ginikoefficienten till stor del på en fortsatt ökning av utdelningar.



Figur 3-4. Förändring av ojämnheten i inkomstfördelningen mätt med gini-koefficient 2011–2022. Källa SCB.

Inkomstskillnaderna har dock varit lägre i Kalmar län jämfört med riksgenomsnittet under hela perioden. I samtliga av länets kommuner var också ginikoefficienten lägre än riksgenomsnittet, vilket innebär att länet och kommunerna har en mer sammanpressad inkomstfördelning än Sverige som helhet. Mörbylånga och Oskarshamns kommuner har en jämnare inkomstfördelning med ginikoefficienten på 0,237 respektive 0,234. Emmaboda, Högsby och Kalmar kommuner har en större variation av inkomsterna, där ginikoefficienten var 0,276, 0,273 respektive 0,272.

3.2 Boendesegregation

Även om inkomsterna är relativt jämnt fördelade i länet, finns det stora ojämlikheter i socioekonomiska förutsättningar mellan mindre geografiska områden inom länet. Dessa skillnader beskrivs väl med begreppet boendesegregation, som handlar om att människor med liknande egenskaper, såsom utbildningsnivå eller inkomst, är koncentrerade i samma bostadsområden. I rapporten "Segregation i Sverige – årsrapport 2021 om den socioekonomiska

¹⁷Statistikmyndigheten (SCB). Indikatorer inkomstfördelning efter region. År 2011-2022. [Indikatorer inkomstfördelning efter region. År 2011 - 2022. PxWeb \(scb.se\)](https://indikatorer.inkomstfordelning.efter.region.År.2011.-2022.PxWeb.scb.se)

¹⁸ Statistikmyndigheten (SCB), 2024-01-23. Sänkt ekonomisk standard. [Sänkt ekonomisk standard \(scb.se\)](https://sankt.ekonomisk.standard.scb.se)

boendesegregationens utveckling”¹⁹ hävdas det att segregationen i Sverige ökar. Detta gäller även för Kalmar län. Antalet områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp²⁰ 1 och 2) samt områden med goda socioekonomiska förutsättningar (områdestyp 4) har ökat sedan 2011 (Tabell 1). Samtidigt har antalet områden av typ 5 (områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar) och typ 3 (socioekonomiskt blandade områden) minskat. Detta tyder på att klyftorna i levnadsförhållanden mellan olika befolkningsgrupper ökar. I rapporten *Platsens betydelse*²¹, genom en analys av en årskull (samtliga födda 1986), visas att området där man växer upp kan påverka både utbildningsnivå, sysselsättning och arbetsinkomst.

Tabell 1. Antal RegSO²² efter olika socioekonomiska områdestyper 2011-2021

Områdestyp	Antal områden 2011	Antal områden 2021
1 – områden med stora socioekonomiska utmaningar	2	4
2 – områden med socioekonomiska utmaningar	6	11
3 – socioekonomiskt blandade områden	49	42
4 – områden med goda socioekonomiska förutsättningar	42	45
5 – områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar	5	2

Figur 3-5 visar var områdena med olika socioekonomiska förutsättningar befinner sig i Kalmar län. Ju mörkare färg, desto större socioekonomiska utmaningar finns i områdena²³. Generellt har kustområdena något bättre socioekonomiska förutsättningar än inlandsområden i länet. Bland inlandskommunerna har Vimmerby kommun något bättre förutsättningar. I Kalmar län finns det fyra områden med stora socioekonomiska utmaningar (typ 1): Kungshall (Nybro kommun), Norrliden (Kalmar kommun), Hultsfreds tätort södra (Hultsfreds kommun), Emmaboda södra (Emmaboda kommun). Två områden klassas som områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar: Berga (Kalmar kommun), Vimmerby norra (Vimmerby kommun).

¹⁹ Delegationen mot segregation (DELMOS). *Segregation i Sverige: Årsrapport 2021 om den socioekonomiska boendesegregationens utveckling*. Huddinge: DELMOS, 2021. Segregation i Sverige – årsrapport 2021 om den socioekonomiska boendesegregationens utveckling (delmos.se)

²⁰ Områdesprofilerna baseras på tre indikatorer: andel personer med låg ekonomisk standard, andel personer med förgymnasial utbildning och andel personer som har haft ekonomiskt bistånd i minst tio månader och/eller har varit arbetslösa längre än sex månader.

Totalt finns det fem områdestyper:

Områdestyp 1 – områden med stora socioekonomiska utmaningar

Områdestyp 2 – områden med socioekonomiska utmaningar

Områdestyp 3 – socioekonomiskt blandade områden

Områdestyp 4 – områden med goda socioekonomiska förutsättningar

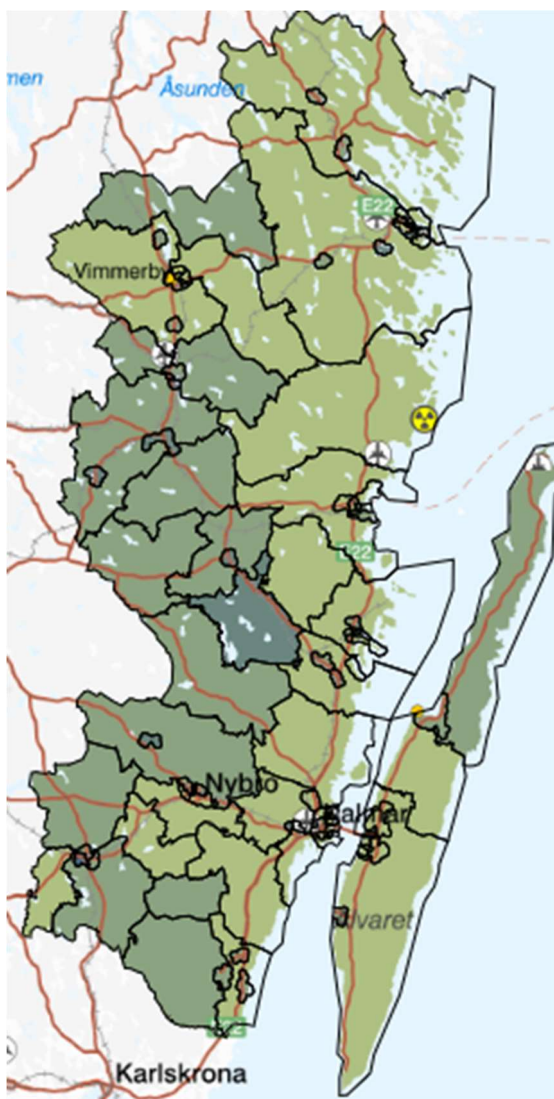
Områdestyp 5 – områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

(Nu kan du mäta segregationens grad och uttryck - Segregationsbarometern (boverket.se))

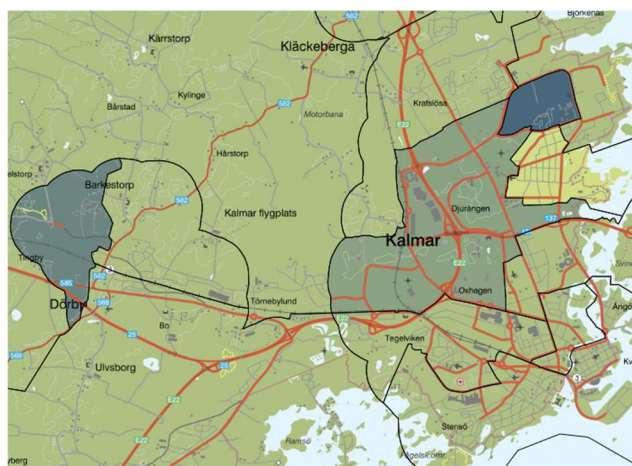
²¹ Delegationen mot segregation (DELMOS). *Platsens betydelse: Årsrapport 2022 om den socioekonomiska boendesegregationens utveckling i Sverige*. Huddinge: DELMOS, 2022.

²² RegSO (Regionala statistikområden) - Den rikstäckande indelningen framtagen för statistisk uppföljning av socioekonomisk segregation gäller från 1 juni 2020 och följer läns- och kommungränserna. RegSO delar in Sverige i 3 363 områden med en befolkning mellan 663 och 22 622 invånare. Antalet RegSO i kommunerna varierar från två till 147 områden. (Källa: SCB)

²³ Boverket, 2024. *Segregationsbarometern*. [Kalmar län - Segregationsbarometern \(boverket.se\)](#)



Figur 3-5. Områdestyper efter RegSO i Kalmar län, 2021 (Källa: Boverket)



Områdestyper:

- Uppgift kan ej anges
- Områdestyp 1 – Områden med stora socioekonomiska utmaningar
- Områdestyp 2 – Områden med socioekonomiska utmaningar
- Områdestyp 3 – Socioekonomiskt blandade områden
- Områdestyp 4 – Områden med goda socioekonomiska förutsättningar
- Områdestyp 5 – Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar

Figur 3-6. Områdestyper efter RegSO i Kalmar och Smedby, 2021 (Källa: Boverket)

Majoriteten av befolkningen i länet bor i områden med goda socioekonomiska förutsättningar (områdestyp 4) – 52,2 procent, och socioekonomiskt blandade områden (områdestyp 3) – 34,6 procent²⁴. Bland barn och unga i åldern 0-19 år bor 54 procent i områdestyp 4 och 31 procent i områdestyp 3. 1,6 procent av samtliga befolkningen och 2 procent barn och unga 0-19 år bor i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. 7,6 procent av länets invånare bor i områden med socioekonomiska utmaningar och 3,8 procent i områden med stora socioekonomiska utmaningar. Motsvarande andel barn och unga i åldern 0-19 år är 8 procent (områdestyp 2) och 5 procent (områdestyp 1). Socioekonomiska skillnader är mer extrema i större tätorterna som kommunernas centralorter med nära omlandet, där alla områden av områdestyper 1 och 5 finns. Figur 3-6 visar ett exempel på Kalmar med omnejd där alla fem

²⁴ Här och vidare data är från Regiondatabas (SCB) om inget annat anges.

områdestyper finns nära varandra och områden med mycket stora skillnader i socioekonomiska förutsättningar Norrliden och Berga, är grannar till varandra. I Tabell 2 finns en beskrivning av befolkningen i Kalmar län efter områdestyp för år 2021.

Tabell 2. Demografisk och socioekonomisk beskrivning av befolkning i Kalmar län fördelad efter områdestyp, år 2021, procent.

	Områdestyp					
	1	2	3	4	5	Kalmar län
Socioekonomiska indikatorer						
Andel med förgymnasial utbildning 20-64 år	25,7	20	15	9	5,6	13,2
Andel med låg ekonomisk standard ²⁵ 20-64 år	43,1	28,6	19,6	10,9	2,9	17,4
Andel med svag arbetsmarknadsposition 20-64 år	7,4	3,8	2,5	1,4	1,2	2,3
Demografi						
Samtliga befolkningen, procent och antal	3,8 (9482)	7,6 (18686)	34,6 (85638)	52,2 (129029)	1,6 (4023)	100 (247175)
Man	52	50	51	50	50	50
Kvinna	48	50	49	50	50	50
0-19 år	28	23	20	23	26	22
20-64 år	56	50	52	53	51	53
65+ år	17	27	28	24	23	26
Inrikes född	53	75	83	91	93	85
Utrikes född	47	25	17	9	7	15
Födelseregion						
Övriga Norden	1	1,6	1,3	0,9	0,5	1,1
Övriga Europa	10,8	8,0	6,7	3,9	3,3	5,4
Övriga världen	34,9	15,1	9,5	4,4	2,9	8,1
Vistelsetid utrikes född						
0-3 år	14,6	14,3	16,0	15,6	6,9	15,4
4-9 år	53,7	44,1	36,7	27,3	23,7	36,1
10+ år	31,7	41,6	47,3	57,2	69,4	48,5
Upplåtelseform						
Äganderätt	18,6	50,1	55,7	71,5	84,0	62,5
Bostadsrätt	12,1	7,8	12,3	7,2	11,9	9,2
Hyresrätt	67,0	40,0	29,7	19,0	2,6	25,9

Tabellen visar att socioekonomiska skillnader är mycket stora mellan olika områdestyper men också att befolkningsstrukturen varierar. Andelen barn och unga i åldern 0-19 år är högst i områdestyp 1 och 5, medan andelen personer i åldern 65 år och äldre är minst, särskilt i områden

²⁵ Låg ekonomisk standard avser andelen personer som lever i hushåll vars ekonomiska standard (disponibel inkomst per konsumtionsenhet) är mindre än 60 procent av medianvärdet för riket (SCB). För beräkningar använder vi disponibel inkomst per konsumtionsenhet inklusive kapitalvinst.

med mycket stora socioekonomiska utmaningar. I dessa områden är andelen äldre betydligt lägre (17 procent) än länets snitt på 26 procent.

Andelen utrikesfödda personer är nästan 7 gånger högre i områdestyp 1 (47 procent) än i områdestyp 5 (7 procent) och 3 gånger högre än i länet i genomsnitt (15 procent). Det finns en tydlig trend att andelen utrikesfödda bland befolkningen minskar från områdestyp 1 till områdestyp 5. Endast invandrare från övriga Norden är relativt jämnt spridda mellan alla områdestyperna. Invandrare från övriga Europa och övriga världen är mer representerade i områdestyper 1, 2 och 3 jämfört med länet i genomsnitt. Störst skillnader ses för invandrare från övriga världen där andelen är 34,9 procent i områdestyp 1 och endast 2,9 procent i områdestyp 5.

Andelen nyanlända personer (med vistelsetid i Sverige 0-3 år) bland alla utrikesfödda är ungefär lika i alla områdestyper, förutom i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar där andelen nyanlända är hälften så stor som genomsnittet för länet. Samtidigt finns det två motsatta trender för utrikesfödda personer som har bott i Sverige i 4-9 år och mer än 10 år. Andelen utrikesfödda inom den första vistelskategorin minskar i takt med förbättrade socioekonomiska förutsättningar från 53,7 procent i områdestyp 1 till 23,7 procent i områdestyp 5, medan andelen av de som bott i landet i mer än 10 år bland alla utrikesfödda ökar från 31,7 till 69,4 procent i respektive områdestyper.

Det finns även stora skillnader mellan områdena när det gäller den dominerande upplåtelseformen för invånarna. Andelen som bor i ägda bostäder ökar stegvis från 18,6 procent i områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar till 84 procent i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, medan andelen som bor i hyresrätt minskar från 67 procent till 2,6 procent i motsvarande områden. Andelen som bor i bostadsrätt är relativt jämn i alla områdestyper.

Vad gäller barn och unga i åldern 0-19 år, följer i stort sett samma trender (Tabell 3). Andelen barn med utländsk bakgrund²⁶ är högst i områdestyp 1 och minskar med förbättrade socioekonomiska förutsättningar till 10 procent i områdestyp 5. Bland utrikesfödda barn och unga är andelen nyanlända något större än länets snitt på 26 procent i områden med blandade socioekonomiska förutsättningar (28 procent) och goda socioekonomiska förutsättningar (29 procent). Samtidigt är andelen mindre i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar (13 procent). 74 procent av alla barn och unga i åldern 0-19 år i områdestyp 1 bor i hyresrätt och andelen minskar gradvis för varje steg på skalan för områdestyper. I områdestyp 5 bor endast 2 procent av barn och unga i hyresrätt, vilket är betydligt mindre än länets snitt på 23 procent. Den genomsnittliga bostadsarean är också minst i områdestyp 1 (84 kvm) och störst i områdestyp 5 (123 kvm).

²⁶ Med utländsk bakgrund avses personer som är födda utomlands eller som har två utrikesfödda föräldrar.

Tabell 3. Demografisk och socioekonomisk beskrivning av befolkning 0-19 år i Kalmar län fördelad efter områdestyp, år 2021, procent.

	Områdestyp					
	1	2	3	4	5	Kalmar län
Demografi						
Samtliga befolkningen, procent och antal	5 (2627)	8 (4211)	31 (16817)	54 (29355)	2 (1051)	100 (54165)
Man	54	51	52	51	52	51
Kvinna	46	49	48	49	48	49
Utländsk bakgrund, procent och antal	72 (1884)	44 (1850)	29 (4930)	11 (3308)	10 (102)	22 (12153)
Utrikes född	41	23	15	6	4	12
Födelseregion						
Övriga Norden	0,3	0,1	0,2	0,3	0,1	0,3
Övriga Europa	4	4	3	2	2	3
Övriga världen	37	19	12	4	2	2
Vistelsetid utrikes född						
0-3 år	22	23	28	29	13	26
4-9 år	70	67	59	51	44	60
10+ år	8	10	13	19	42	14
Upplåtelseform						
Äganderätt	18	52	61	80	90	69
Bostadsrätt	6	5	7	4	6	5
Hyresrätt	74	41	30	13	2	23
Socioekonomiska indikatorer						
Bostadsarea (median)	84 kvm	99 kvm	107 kvm	119 kvm	123 kvm	113 kvm
Andel med låg ekonomisk standard för helårshushåll	61	41	28	13	2	22
Andel med låg inkomststandard ²⁷ för helårshushåll, procent och antal	27 (680)	17 (708)	9 (1571)	3 (1008)	0	7 (3967)
En eller två föräldrar är ej sysselsatta (för barn 0-17 år), andel	53	37	27	13	7	21
Båda föräldrar är ej sysselsatta (för barn 0-17 år), procent och antal	12 (292)	8 (289)	4 (634)	2 (403)	0	3 (1618)
UVAS (Unga 16-29 år som varken arbetar eller studerar), procent och antal	12,9 (247)	10,3 (279)	8,3 (1119)	6 (1104)	5,9 (26)	7,6 (2801)
Andel behöriga till gymnasiet	67,2	70,3	80,6	89,4	96,3	84,4
Båda föräldrar har förgymnasial utbildning (för barn 0-17 år), procent och antal	13 (310)	9 (322)	5 (684)	2 (355)	1 (<10)	3 (1676)
Gini-koefficient per DeSO	0,27-0,32	0,28-0,36	0,25-0,4	0,21-0,45	0,25-0,27	0,26

²⁷ Låg inkomststandard är ett absolut fattigdomsmått som beskriver hur väl hushållets inkomster räcker för att betala nödvändiga omkostnader som boende, barnomsorg, lokala resor och så vidare. Låg inkomststandard innebär att inkomsterna inte räcker för att betala för dessa levnadsomkostnader. (SCB)

År 2021 bodde 11 559 barn och unga i åldern 0-19 år i hushåll med låg ekonomisk standard²⁸ och 3 967 bodde i hushåll med låg inkomststandard²⁹ i Kalmar län. Majoriteten av dem bor i socioekonomiskt blandade områden (typ 3) och områden med goda socioekonomiska förutsättningar (typ 4). Dock är andelen barn och unga som bor i ekonomisk utsatthet störst i områdestyp 1, där 61 procent av 0-19-åringarna bor i hushåll med låg ekonomisk standard och 27 procent i hushåll med låg inkomststandard. Motsvarande andel barn och unga i områdestyp 5 är 2 procent respektive 0 procent. Samma trend kan noteras för indikatorer som andelen barn och unga 0-17 år med en eller båda föräldrar som är ej sysselsatta, andelen 0-17-åringar med båda föräldrar som har förgymnasial utbildning och andelen unga i åldern 16-29 år som varken arbetar eller studerar. Trenden för gymnasiebehörighet är dock den motsatta. Andelen unga som är behöriga till yrkesprogrammet på gymnasiet är som lägst i områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar, där endast 67,2 procent uppnår behörighet. Denna andel ökar med förbättrade socioekonomiska förutsättningar till 96,3 procent i områdestyp 5.

Ojämligheten i inkomstfördelningen mätt med gini-koefficienten är lägre i områdestyperna 1 och 5. Det vill säga att inkomsterna i områdestyp 1 är låga men relativt jämnt fördelade och i områden av typ 5 är relativt höga men också mer jämna. De största inkomstskillnaderna återfinns i områden med blandade och goda socioekonomiska förutsättningar där gini-koefficienten i vissa områden når upp ett värde på 0,45, vilket innebär en större risk för psykisk ohälsa i dessa områden.

Att skillnaderna mellan områdena är stora beror delvis på att utrikesfödda som grupp generellt har sämre förutsättningar på arbetsmarknaden och är överrepresenterade i områden av typ 1 och 2 samtidigt som de är underrepresenterade i områdestyp 4 och 5. Trenden för denna grupp är dock positiv; allt fler utrikesfödda etablerar sig på arbetsmarknaden. Detta illustreras av exempelvis minskande andel invånare med låg inkomststandard och långtidsarbetslöshet, där minskningen var som störst de senaste åren inom grupp utrikesfödda. Däremot tenderar etablerade utrikesfödda, liksom svenskfödda med förbättrad ekonomi, att flytta från utsatta områden till områden med bättre förutsättningar, vilket bidrar till att boendesegregationen förstärks.

3.3 Ojämlighet i psykisk ohälsa utifrån födelseland

Det är viktigt att notera att psykisk ohälsa bland utrikesfödda varierar mycket beroende på bland annat ålder, kön och födelseland. Det är vanligare att ha en varaktigt låg inkomst hos utlandsfödda personer samt att ekonomiska svårigheter är en stor riskfaktor för psykisk ohälsa. Ensamkommande barn och ungdomar har i högre utsträckning fått psykiatrisk vård jämfört med andra unga som kommit till Sverige och jämfört med inrikes födda³⁰. Dock visar Folkhälsomyndigheternas kunskapssammanställning (2019) ingen tydlig ojämlikhet i förekomsten av psykisk ohälsa bland barn och unga utifrån födelseland. Dessa slutsatser stöds

²⁸ År 2021 låg gränsen för låg ekonomisk standard för en ensamstående person på 167 000 kronor, vilket motsvarar en disponibel inkomst på 13 900 kronor i månaden. För ett hushåll bestående av två vuxna och två barn låg gränsen på 409 000 kronor, eller 34 100 kronor i månaden i disponibel inkomst. (Källa: SCB, hämtat 2024-04-10)

²⁹ År 2021 gick gränsen för låg inkomststandard för en familj med en vuxen och ett 3-årigt barn vid en disponibel inkomst som var lägre än 15 225 kronor per månad. För en familj med två vuxna och två barn (3 och 6 år gamla) gick gränsen vid 23 982 kronor per månad. (Källa: SCB, hämtat 2024-04-10)

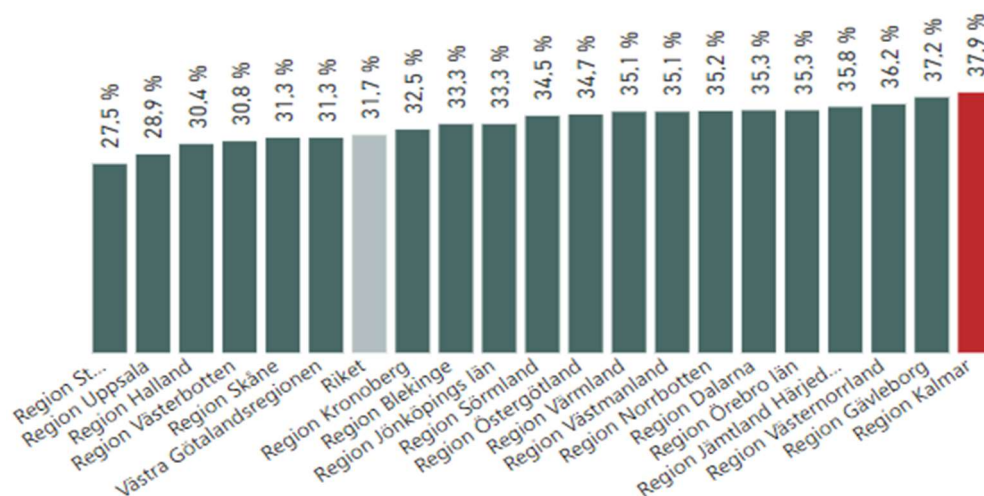
³⁰ Folkhälsomyndigheten (2019-06-13). Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland. *Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland — Folkhälsomyndigheten (folkhalssomyndigheten.se)*

av resultat från en annan svensk forskning om integration bland barn och unga (Jan O. Jonsson, Carina Mood och Georg Treuter, 2022)³¹. Studien visar att skillnaderna i självskattad psykisk hälsa mellan unga med svensk bakgrund och unga med utländsk bakgrund av respektive kön är relativt små och kan lika gärna ha uppkommit av en slump. Det vill säga att den självskattade psykiska hälsan är lika bra hos unga med utländsk bakgrund som hos andra unga. En annan tolkning kan vara att unga kunde underrapportera sin psykiska ohälsa på grund av att psykisk ohälsa är mer stigmatiserad i vissa grupper med utländsk bakgrund. Däremot visar samma forskning att genomsnittligt sett är synen på sig själva, sin hälsa och sin framtid något mer positiv bland unga med utländsk bakgrund än bland unga med svensk bakgrund. Författarna noterar: ”Här finns det ett slags urkraft av ambition och förhoppningar som ganska säkert är en av hemligheterna bakom att så många lyckas väl i skolan trots ibland svåra omständigheter” (Jan O. Jonsson m. fl., 2022, s. 220).

3.4 Socialt deltagande

En annan skyddsfaktor där vi ser en viktig, men osäker trend till negativ utveckling är social delaktighet.

Enligt undersökningen Hälsa på lika villkor³² är andelen invånare i åldern 16-84 år med lågt socialt deltagande³³ högre i Kalmar län än i riket, och skillnaden är statistik säkerställd (Figur 3-7). Det innebär att befolkningen i Kalmar län är i högre grad än i de flesta län mindre socialt aktiva.



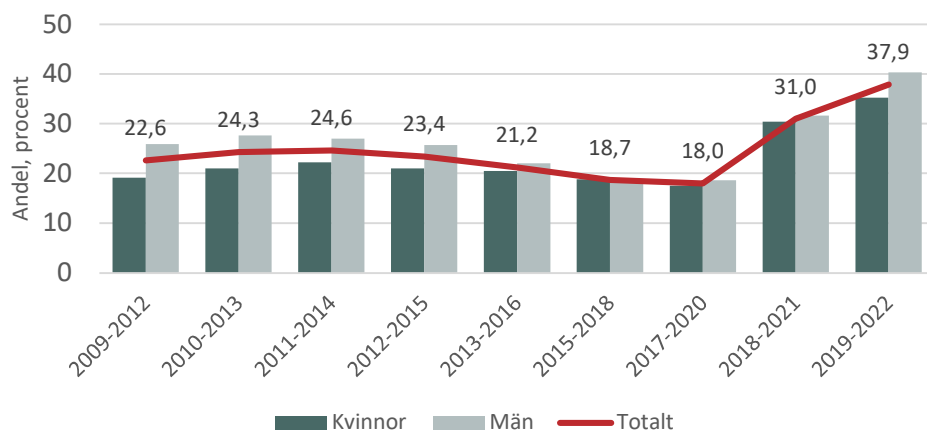
Figur 3-7. Andel invånare 16-84 år med lågt socialt deltagande 2019-2022. Källa: Kolada, FHM

³¹ Jan O. Jonsson, Carina Mood och Georg Treuter (2022) *Integration bland unga: En mångkulturell generation växer upp*. Författarna och Makadam förlag 2022.

³² Folkhälsomyndigheten. *Hälsa på lika villkor*. Folkhälsomyndigheten, 2022.

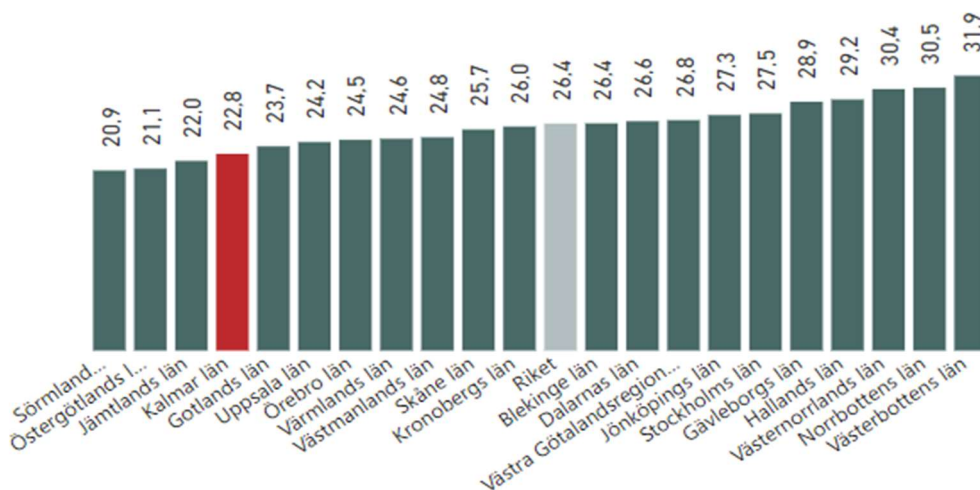
³³ Resultaten är hämtade från den nationella enkäten Hälsa på lika villkor och frågan: Har du deltagit i någon av följande aktiviteter (13 listade aktiviteter) under de senaste 12 månaderna? Indikatorn redovisas som andel (%) med låg social delaktighet, det vill säga de som deltagit i högst en aktivitet. Uppgiften avser glidande flerårsmedelvärde för åren T-3 t.o.m. år T. Listade aktiviteter: 1) studiecirkel eller kurs på din arbetsplats och fritid; 2) fackföreningsmöte eller annat föreningsmöte; 3) teater eller bio; 4) konstutställning eller museum; 5) religiös sammankomst; 6) sporttillställning; 7) skrivit i blogg eller insändare i tidning eller tidskrift; 8) demonstration av något slag; 9) offentlig tillställning t.ex. danstillställning, marknadsbesök eller liknande; 10) större släktsammankomst; 11) privat fest; 12) följt sociala nätverkssajter på internet; 13) skrivit inlägg, deltagit i diskussioner eller spelat med andra på internet

Andelen invånare med lågt socialt deltagande i Kalmar län har ökat kraftigt under coronapandemiåren, från 18 procent under perioden 2017-2020 till 31 procent under perioden 2018-2021, och fortsätter öka efter pandemin till 37,9 procent i 2019-2022. Män är mindre socialt aktiva än kvinnor, 40,3 procent män har en låg social aktivitet jämfört med 35,2 procent av kvinnorna, men könsskillnaderna är inte statistik säkerställda.



Figur 3-8. Andel invånare 16-84 år med lågt socialt deltagande 2009-2022 i Kalmar län. Källa: FHM

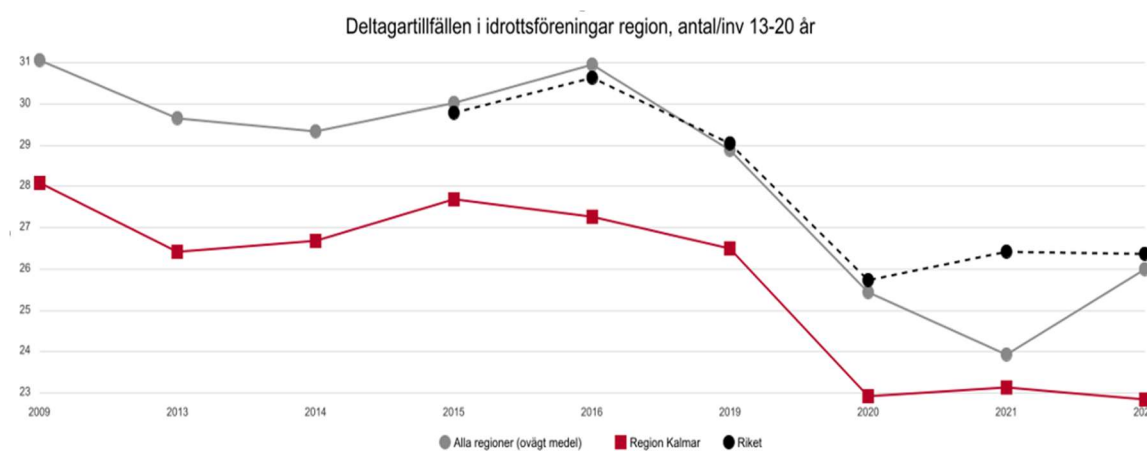
Indikatorn deltagande i idrottsaktiviteter relaterar till skyddsfaktorer för barnens psykiska hälsa, såsom fysisk aktivitet och socialt deltagande. Antalet deltagartillfällen i idrottsaktiviteter per invånare i åldern 13-20 år³⁴ är lågt jämfört med både rikets genomsnitt och andra län (se figur 3-9).



Figur 3-9. Deltagartillfällen idrott per invånare (13-20 år), 2022. Källa: Kolada, Riksidrottsförbundet
Antalet deltagartillfällen i idrott minskar i länet sedan 2015. Den kraftiga minskningen har varit under coronapandemin som i andra svenska län. 2022 har måttet i både Kalmar län

³⁴ Antal deltagartillfällen i åldern 13-20 år i LOK-stödsberättigade idrottsföreningar under året, dividerat med antal invånare 13-20 år den 31/12. Deltagartillfällen är summan av antalet närvarande deltagare i av RF godkända sammankomster för vilken föreningen sökt LOK-stöd (Statligt lokalt aktivitetsstöd). LOK-stödet ges till aktiviteter för pojkar och flickor 13-20 år. Stöd ges även till handikappidrottare som är äldre än 20 år, men detta är exkluderat i denna sammanräkning. En sammankomst är en ledarledd gruppaktivitet inriktad mot föreningens idrottsliga verksamhet. Uppräknat till regionnivå. Källa: Kolada, Riksidrottsförbundet.

och riket inte nått samma nivåer som innan coronapandemin, och för Kalmar län fortsätter trenden för minskande deltagande i idrottsaktiviteter för barn och unga i åldern 13-20 år.



Figur 3-10. Deltagartillfällen idrott per invånare (13-20 år), 2009-2022. Källa: Kolada, Riksidrottsförbundet

Sammanfattning och slutsatser

Socioekonomiska klyftor ökar i både landet och länet. Ökande socioekonomiska ojämlikheter i samhället samt låg socioekonomisk status är riskfaktorer för psykisk ohälsa.

Ungas psykiska hälsa påverkas av deras uppfattning om familjens ekonomi i relation till andra jämnåriga i skolan eller i det geografiska bostadsområdet.

Det finns stora skillnader i socioekonomiska förutsättningar mellan olika geografiska områden i länet och boendesegregationen ökar vilket medför ökade risker för psykisk ohälsa bland befolkningen.

Negativ osäker trend kan noteras angående skyddsfaktor som socialt deltagande.

4 Trender inom psykisk hälsa

4.1 Ökad Rapportering av psykisk ohälsa

Under de senaste tio åren har rapporter och studier indikerat en ökning av psykisk ohälsa bland barn och unga i Sverige och i västvärlden. Detta inkluderar ökad förekomst av ångest, depression, och stressrelaterade tillstånd.³⁵ Ökningen av självrapporterade psykosomatiska symtom och psykiska besvär bland ungdomar är tydligare i Sverige än i våra grannländer³⁶. Ökningen är större sedan 2009 jämfört med tidigare år och trenden är tydligare bland flickor än bland pojkar³⁷. Förändringarna syns i flera av de stora enkätundersökningarna som görs i befolkningen. I enkäten Skolbarns hälsovanor 1985/86 uppgav knappt 15% av 15-åriga flickor att de upplevde nedstämdhet minst en gång i veckan³⁸. I mätningen 2017/18 hade andelen ökat till drygt 40%. För pojkar var motsvarande andel knappt 5% vid undersökningen 1985/86 och knappt 20% i undersökningen 2017/18³⁹.

Förändringen syns också i Folkhälsomyndighetens nationella enkät Hälsa på lika villkor. Resultaten visar på en ökande andel som svarar att de har svåra besvär av ångslan, oro eller ångest. Ökningen sker i alla åldrar men är tydligast i åldersgruppen 16 - 29 år. I mätningen 2022 är andelen 16 - 29-åringar som uppger att de har svåra besvär av oro eller ångest 15,7 procent och andelen i hela befolkningen 7,6 procent.

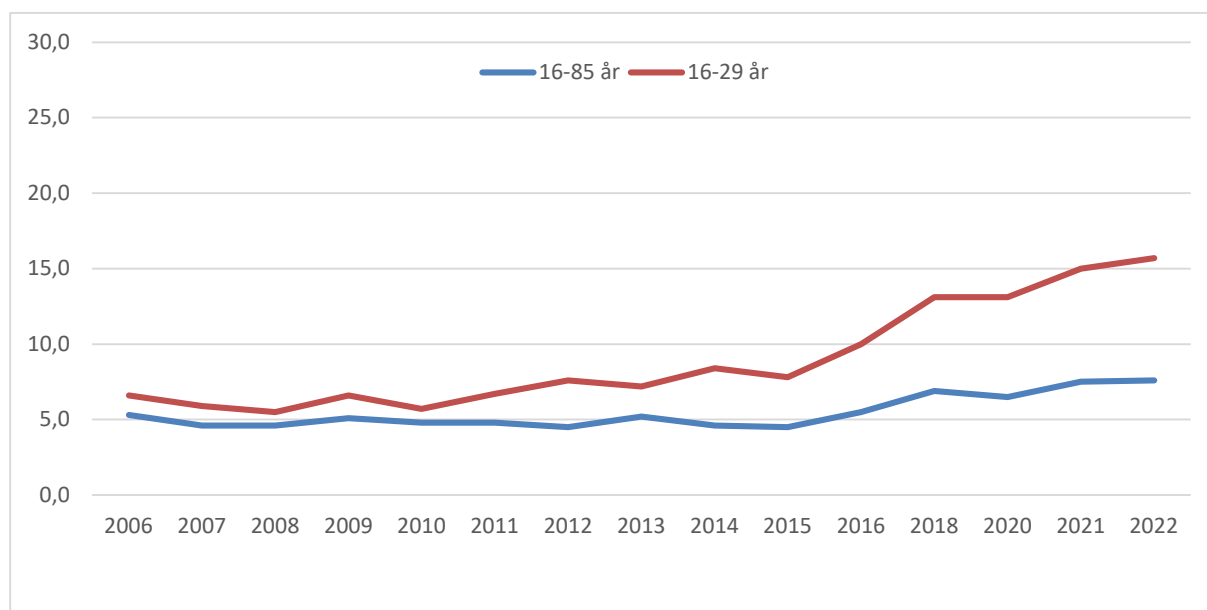
³⁵ Collishaw, S (2015) Annual research review: Secular trends in child and adolescent mental health, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(3), 370-393. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12372>

³⁶ Folkhälsomyndigheten (2018) Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige?

³⁷ Calling S et al (2017). Longitudinal trends in self-reported anxiety. Effects of age and birth cohort during 25 years. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1277-3>.

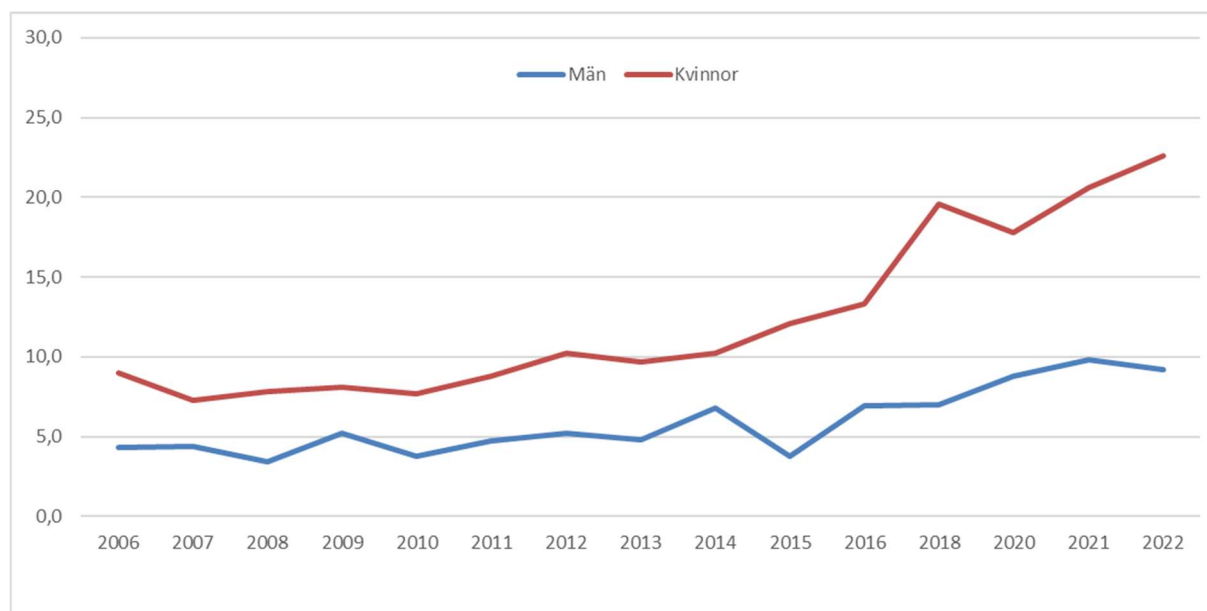
³⁸ Folkhälsomyndigheten (2028). *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? – Utvecklingen under perioden 1985–2014* — Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se)

³⁹ Hermann V (2022). *Psykisk hälsa, psykisk ohälsa och relaterade stigma. En kvalitativ studie utifrån ungdomars perspektiv*. Licentiatavhandling, Uppsala Universitet



Figur 4–1. Andel av befolkningen 16 - 84 år som svarar att de har svåra besvär av ängslan, oror eller ångest, 2006 – 2022. Källa: Folkhälsomyndigheten

Statistiken visar också på en tydlig könsskillnad, andelen kvinnor som uppger att de har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest är högre jämfört med män. I mätningen 2022 är andelen kvinnor i åldersgruppen 16 - 29 år 22,6 procent, och andelen män i samma åldersgrupp 9,9 procent.



Figur 4–2. Andel kvinnor och män 16-29 år som svarar att de har svåra besvär av ängslan, oror eller ångest, 2006-2022. Källa: Folkhälsomyndigheten

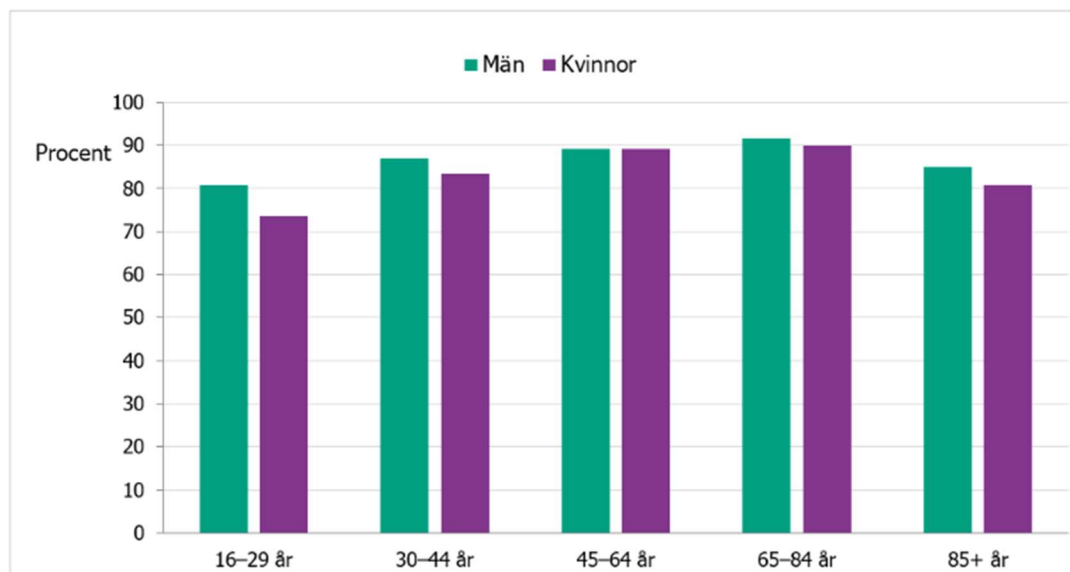
4.2 Psykiskt välbefinnande och psykisk påfrestning

Folkhälsomyndigheten använder sedan mätningen 2022 två olika mått för att mäta psykiskt välbefinnande och psykisk påfrestning i befolkningen som beskriver självskattad psykisk hälsa i befolkningen. I enkäten ingår även frågor om suicidtankar och suicidförsök.

4.2.1 SWEMWBS, psykiskt välbefinnande i befolkningen

För att mäta psykiskt välbefinnande används instrumentet Short Warwick Edinburgh Mental Well Being Scale (SWEMWBS). Måttet mäter den positiva sidan av psykisk hälsa och innehåller ett antal påståenden som den svarande får ta ställning till och ange hur väl påståendena stämmer överens med hur den svarande upplevt sin situation de senaste två veckorna med svarsalternativen Alltid, Oftast, Ibland, Sällan, Aldrig⁴⁰.

I mätningen 2022 uppgav 85,1 procent av befolkningen i riket ett gott psykiskt välbefinnande. Motsvarande siffra för Kalmar län uppgår till 85,5 procent för Kalmar län. Skillnaden är inte statistiskt signifikant. Resultatet för riket visar på en könsskillnad med något lägre andel av kvinnorna som uppger att de har ett gott psykiskt välbefinnande (84,9 procent), jämfört med män (87,3 procent). Den skillnaden är statistiskt signifikant. Tabellen nedan visar andelen män och kvinnor i respektive åldersgrupp som uppger att de har ett gott psykiskt välbefinnande. Skillnaderna mellan könen är statistiskt signifikanta för åldersgrupperna 16–29 och 30–44.



Figur 4–3. Andel män och kvinnor i olika åldersgrupper som uppger gott psykiskt välbefinnande, 2022. (Riket). Källa: Folkhälsomyndigheten

4.2.2 K6, allvarlig psykisk påfrestning i befolkningen

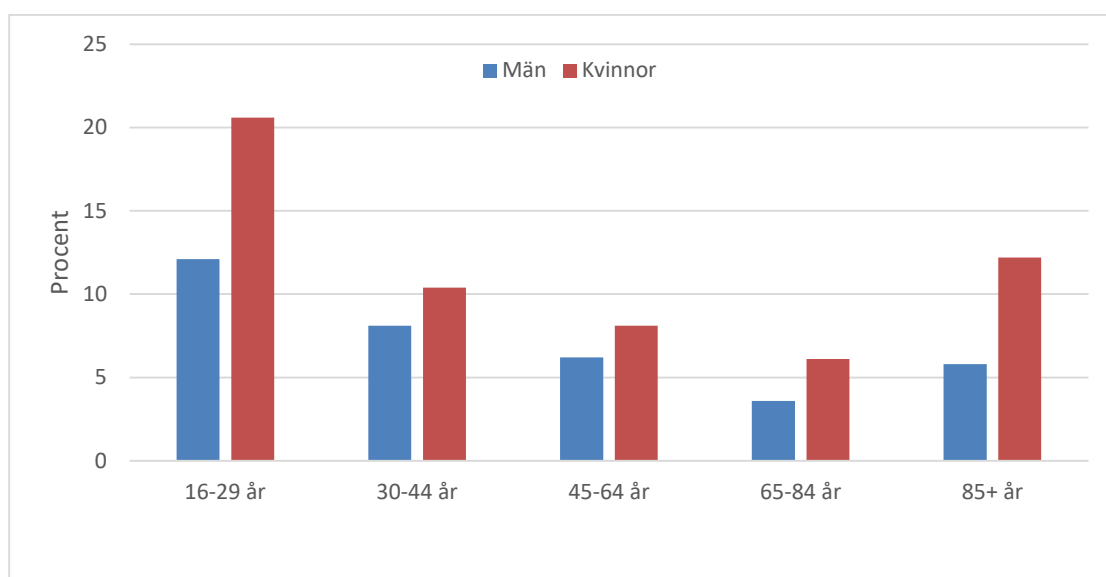
För att mäta *allvarlig psykisk påfrestning* används från och med mätningen 2022 instrumentet Kessler-6. Det innehåller sex frågor⁴¹ om hur intervjupersonen har känt sig under de senaste 30

⁴⁰ Jag har haft en positiv syn på framtiden; jag har känt at jag har varit till nytta; Jag har känt mig lugn, Jag har hanterat problem på ett bra sätt; Jag har tänkt på ett klart sätt; jag har känt mig nära andra människor; Jag har själv kunnat bestämma mig om saker och ting

⁴¹ Under den senaste månaden, hur ofta har du känt dig... orolig?; ...utan hopp?; ...rastlös?; ...så pass nedstämd att inget kunnat muntra upp dig?: ...som att allt varit ansträngande?; ...värdelös? Svarsalternativ: hela tiden, Mesta delen av tiden, Viss del av tiden, Liten del av tiden, Ingen del av tiden

dagarna. Allvarlig psykisk påfrestning innebär att man har en relativt hög nivå av besvär som oro, nedstämdhet och hopplöshetskänslor. Allvarlig psykisk påfrestning är vanligast bland unga, särskilt bland kvinnor.

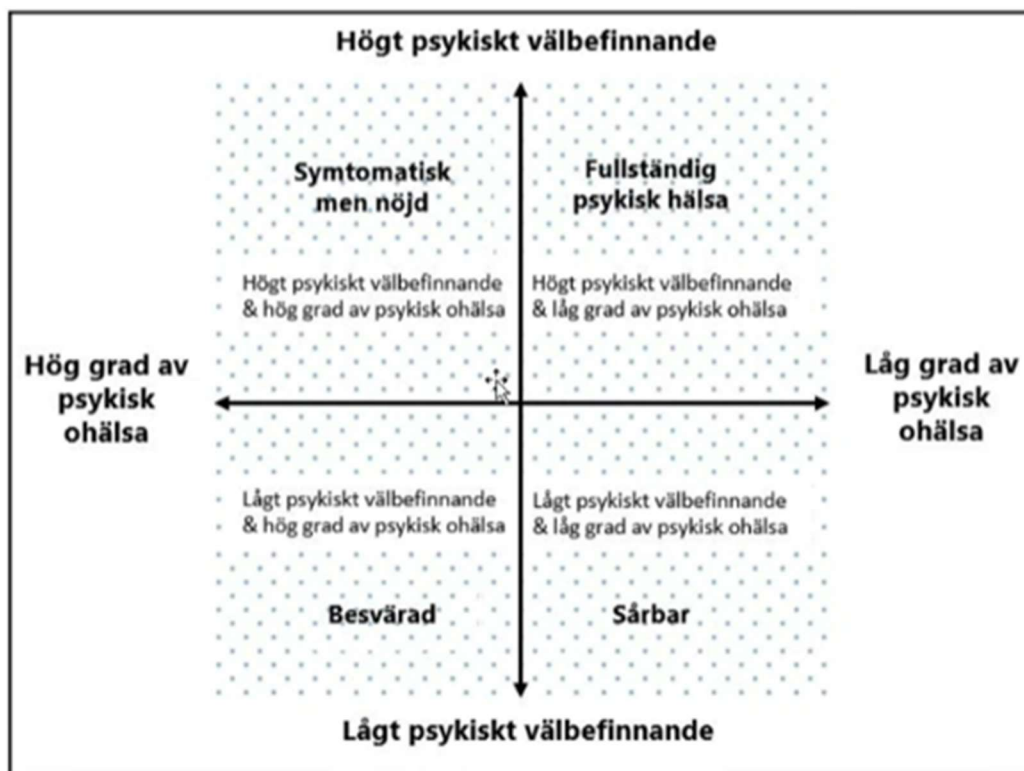
Resultaten från 2022 års mätning visar att andelen som upplever allvarlig psykisk påfrestning Kalmar län är lägre jämfört med riket, 7,6 procent för Kalmar län respektive 8,7 procent för riket. Skillnaden är inte statistiskt säkerställd. Däremot finns det en statistiskt säkerställd skillnad mellan könen på riksnivå. En högre andel kvinnor (10,1 procent) upplever allvarlig psykisk påfrestning jämfört med män (7,3 procent). Motsvarande resultat för Kalmar län är 8,2 procent för kvinnor, och 6,9 procent för män. Nedbrutet i åldersgrupper är skillnaden mellan könen större bland yngre (16–29 år). Andelen kvinnor som upplever allvarlig psykisk påfrestning uppgår till 20,6 procent, jämfört med män som uppgår till 12,1 procent.



Figur 4–4. Andel män och kvinnor i olika åldersgrupper som uppger allvarlig psykisk påfrestning, 2022 (Riket). Källa: Folkhälsomyndigheten

De båda variablerna för psykisk hälsa ersätter tidigare mått där förhållandet mellan psykisk hälsa och psykisk ohälsa utgör motpoler på ett kontinuum. Den positiva aspekten av psykisk hälsa definierades då som motsatsen till psykisk ohälsa. Forskningen visar dock att psykiskt välbefinnande kan ses som ett eget tillstånd och att psykisk hälsa som övergripande begrepp bättre beskrivs i en så kallad två-faktors modell som innehåller två kontinuum, ett för psykiskt välbefinnande och ett för psykisk ohälsa. Det är denna syn på psykisk hälsa som bestående av två oberoende kontinuum som sedan 2020 tillämpas av svenska myndigheter.

I en två-faktors analys blir det tydligare var en individ befinner sig i båda dessa kontinuum. Data från HLV 2022 visar att 82,2 procent av befolkningen befinner sig i stadiet ”fullständig psykisk hälsa”, 7,2 procent befinner sig i stadiet ”besvär”, 2,8 procent befinner sig i stadiet ”symtomatisk men nöjd” och 7,8 procent befinner sig i stadiet ”sårbar”. En analys av åldersgruppen 16 - 29 år visar på en förskjutning från övre högra hörnet i modellen mot nedre vänstra hörnet av modellen.



Figur 4–5. Två-faktors modell för psykisk hälsa⁴². Källa: Hermann V (2022)

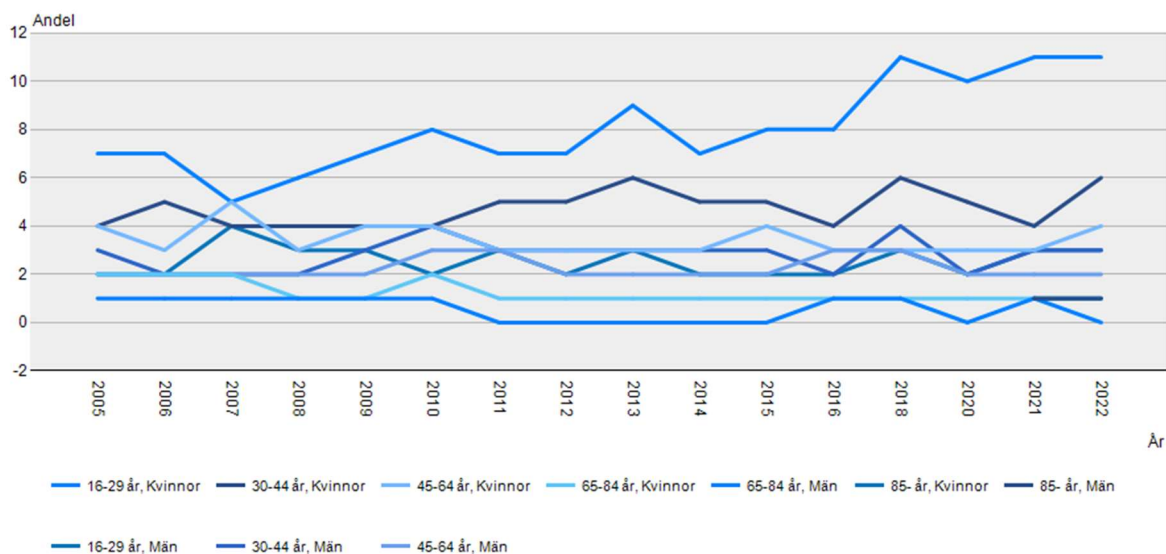
4.2.3 Stress

Begreppet stress är ospecifikt och har olika betydelser för olika människor. Samtidigt är det kartlagt att stress har betydelse för uppkomsten av ohälsa, exempelvis hjärt-/ kärlsjukdomar⁴³. Skadlig stress uppkommer om stressreaktionen blir mycket långvarig och individen inte får tillfälle till återhämtning. Ett tillstånd som också kan kallas utbrändhet.

Stress bland barn och unga har blivit ett allt viktigare område att följa och en faktor som påverkar hälsa och ohälsa i befolkningen. Andelen i befolkningen som känner mycket stress har varierat mellan 3 och 4 procent de senaste 20 åren. I åldersgruppen 16 - 29 år syns däremot ett trenderbrott 2009/2010. Ökningen är särskilt stor bland kvinnor. Andelen kvinnor i åldersgruppen 16 - 29 år som upplever mycket stress uppgår till 11 procent i den senaste mätningen (2022). Skillnaden är statistiskt signifikant. Andelen kvinnor 16 - 29 år i Kalmar län som upplever mycket stress uppgår i 2022 års mätning (med utökat urval) till 7,9 procent.

⁴² Hermann V

⁴³ Albus C. Psychological and social factors in coronary heart disease. Ann Med. 2010;42(7):487-94.
Full article: [Psychological and social factors in coronary heart disease \(tandfonline.com\)](https://doi.org/10.1080/00016341.2010.500000).



Figur 4–6. Andel män och kvinnor i olika åldersgrupper som uppger mycket stress 2005 - 2022. (Riket).
Källa: Folkhälsomyndigheten

4.3 Skolbarns hälsovanor

Den nationella enkätstudien skolbarns hälsovanor⁴⁴ genomförs vart fjärde år sedan 1985. Enkäten genomförs i samarbete med WHO. Syftet är att följa barns och ungas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa över tid. I det följande avsnittet sammanfattas de viktigaste slutsatserna från studien.

4.3.1 Sociala relationer

Tidigare analyser av data från Skolbarns hälsovanor visar på ett starkt samband mellan elevernas relationer till sina föräldrar och förekomsten av självrapporterad hälsa⁴⁵. Att kunna prata med sina föräldrar om saker som bekymrar en har en positiv inverkan på hälsa. En högre andel av de elever som uppger att de har svårt att prata med sina föräldrar, eller med en förälder, om saker som bekymrar dem, uppger att de har sämre hälsa, jämfört med elever som har lätt att prata med sina föräldrar. Andra studier visar också att en bättre relation mellan barn och deras föräldrar minskar risken för sämre skolprestationer och låg självkänsla.

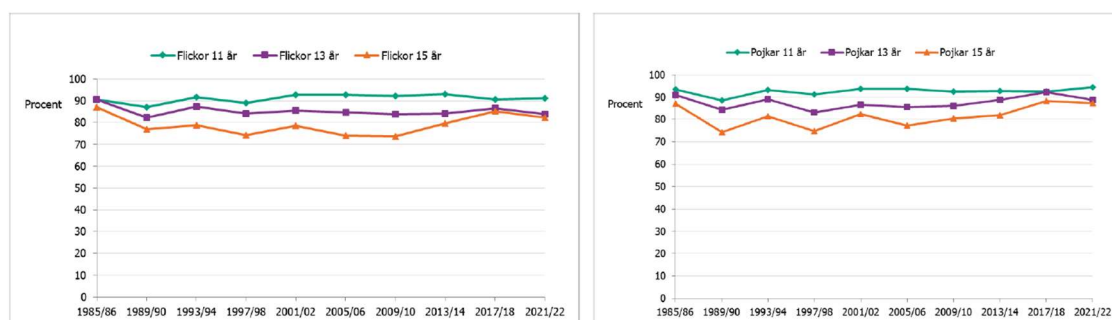
⁴⁴ Skolbarns hälsovanor i Sverige 2021/2022, Folkhälsomyndigheten 2023

⁴⁵ 2. Levin KA, Currie C. Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: A cross-sectional multilevel analysis. Health Education. 2010;110:152- 68.
DOI:10.1108/09654281011038831

Ungdomstiden är en period då unga människor blir allt mer självständiga i relation till sin familj. Föräldrar och andra familjemedlemmar spelar dock fortfarande en avgörande roll för att främja ungdomars välbefinnande genom att skapa en trygg miljö där de kan utforska sitt jag och sin egen identitet. Kommunikationen med föräldrar anses vara ett mått på både socialt stöd från föräldrarna och graden av anknytning till föräldrarna.

Figur 4–7. Faktorer inom familjen.

Hög andel och stabil andel som kan prata med sina mammor



Figur 4–8. Andel elever som har lätt eller mycket lätt för att prata med sin mamma om bekymmer, 1985/86 – 2021/22. Källa: Folkhälsomyndigheten

4.3.2 Skolmiljön och stress i skolan

Skolmiljön har identifierats som en betydande faktor som påverkar det psykiska måendet bland barn och unga. Studier visar att pressen att prestera och stress relaterat till skolarbetet har ökat⁴⁶. Samtidigt har skolan genomgått stora förändringar som till exempel friskolereformen och förändringar i betygssystem och läroplaner. Från och med 2011 sätts betyg från årskurs 6 i stället för årskurs 8, betyget ”icke godkänt” har införts, eleverna gör fler nationella prov och behörighetskraven för gymnasieskolan har höjts⁴⁷. Lärarnas arbetsvillkor har också förändrats vilket också inverkat på skolmiljö och stress. Bland annat med ökade krav på dokumentation av arbetet som tar upp alltmer av lärarnas tid⁴⁸.

Det är vissa regionala skillnader i andelen elever som trivs i skolan och som känner stress av skolarbetet, framför allt bland pojkar. Elever från Kalmar län uppvisar något sämre resultat bland 15-åringar på frågan om man tycker bra om skolan.

⁴⁶ Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014. Folkhälsomyndigheten 2018

⁴⁷ Blanchenay, P., T. Burns and F. Köster (2014), “Shifting Responsibilities - 20 Years of Education Devolution in Sweden: A Governing Complex Education Systems Case Study”, OECD Education Working Papers, No. 104, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5j2ig1rqrd7-en>

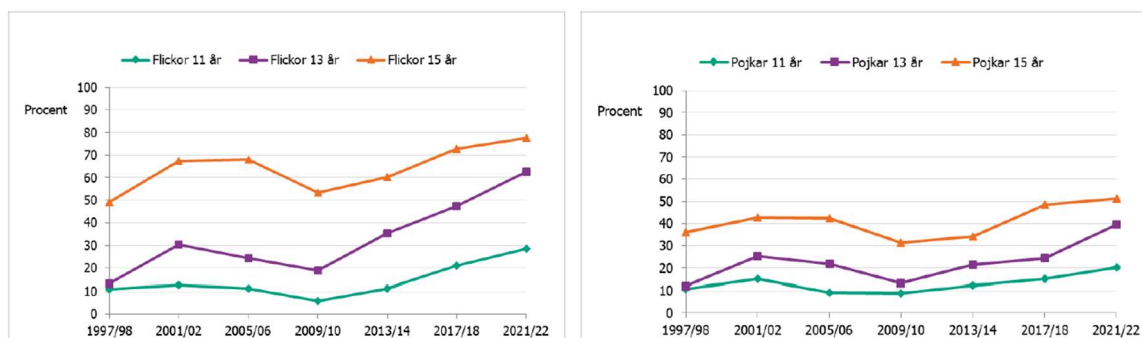
⁴⁸ OECD. Improving schools in Sweden: an OECD perspective. Paris: OECD, 2015.

En stödjande skolmiljö som främjar trivsel i skolan kan vara skyddande och en tillgång för hälsofrämjande beteenden, hälsa och tillfredsställelse i livet. Å andra sidan kan en icke-stödjande skolmiljö och skolrelaterad stress vara riskfaktorer för att utveckla ohälsosamma beteenden, såväl som akademiska misslyckanden.

Figur 4–9. Skolmiljö

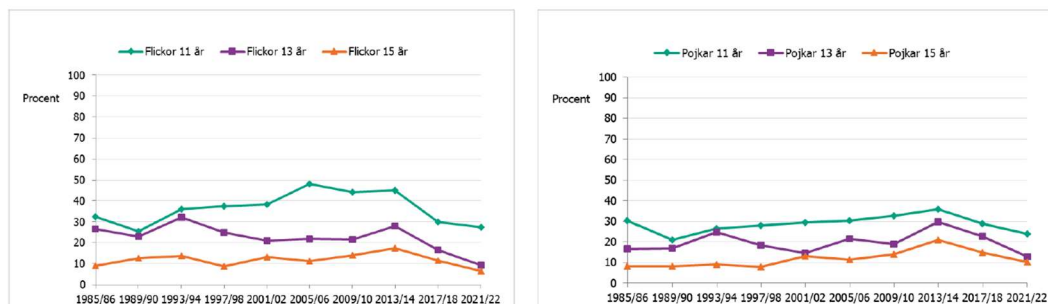
Andelen elever som känner sig stressade skiljer sig åt mellan könen, flickor är mer stressade jämfört med pojkar, skillnaden är större bland 13-åringar jämfört med 11-åringar. Bland 13-åringar kan det skilja upp till 30% mellan könen. Skillnaden mellan könen är statistiskt säkerställd i åldrarna 13 och 15 år. Samtidigt visar resultaten att flickor presterar bättre i skolan än pojkar, får bättre betyg och når högre resultat på prov som mäter kunskapsnivå. Folkhälsomyndighetens rapport konstaterar att ”sambandet mellan skolprestationer och psykisk ohälsa är komplext och påverkas av många faktorer” Det kan vara både individuella/biologiska faktorer, strukturella faktorer och förväntningar knutna till kön. Arbetsmarknaden och ökade utbildningskrav är ett exempel på en strukturell faktor som kan påverka synen på framtiden, engagemanget in skolan och upplevelsen av stress.

4.3.3 Skolstressen fortsätter öka



Figur 4–10. Andel elever som känner sig ganska eller mycket stressade av skolarbetet 1997/98 – 2021/22. Källa: Folkhälsomyndigheten

4.3.4 Trivseln i skola fortsätter att minska



Figur 4–11. Andel elever som tycker mycket bra om skolan 1985/86 – 2021/22. Källa: Folkhälsomyndigheten

4.3.5 Mobbning och sociala relationer

Att vara mobbad definieras ofta som att upprepade gånger bli utsatt för negativa handlingar från en eller flera personer. Högre andel flickor uppger att de blivit mobbade jämfört med pojkar. Skillnaden är större bland 11-åringar jämfört med 13- och 15-åringar.

Studien visar på ett samband mellan att sakna gott kamratstöd och psykosomatiska symtom bland skolbarn. Andelen elever som uppger att de har ett gott kamratstöd har varierat över tid. Sett över hela perioden som mätningen pågått har det inte skett några stora förändringar bland flickor, och en ökning i andelen pojkar som upplever gott kamratstöd. I de flesta regioner är det en statistiskt säkerställd större andel pojkar än flickor som uppger att de har högt socialt stöd från sina klasskamrater. En hög andel av de svarande uppger att de har bra stöd från lärare. Högre bland 11-åringar, något lägre bland 15-åringar.

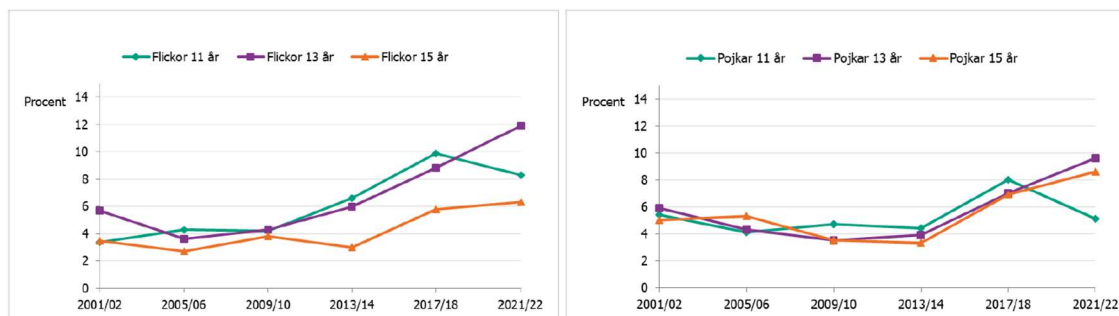
Flera studier visar att personer som mobbas i skolan får lägre självkänsla, och att det finns ett samband mellan mobbning och olika former av psykiska problem, somatiska besvär och en mer negativ framtidssyn (19–22). Konsekvenserna av mobbning kan även visa sig decennier efter att de inträffat. Till exempel drabbas de som mobbas oftare av depressioner långt upp i 20-årsåldern, jämfört med de som inte mobbas (20, 22).

Figur 4–12. Mobbning

Allt fler mobbas i skolan

Mobbning

Vi menar att en elev **blir mobbad** då en annan elev, eller en grupp elever, upprepade gånger säger eller gör elaka och otrevliga saker mot honom/henne. Det är också mobbning då en elev blir retad på ett sätt som han/hon inte tycker om eller om han/hon lämnas utanför med flit. Den person som mobbar har mer makt än personen som blir mobbad och vill orsaka honom eller henne skada. Det är **inte mobbning** då två personer som är ungefär lika starka, eller har lika mycket makt, grälar eller slåss.



Figur 4-13. Andel elever som blivit mobbade minst 2-3 ggr/månad eller oftare under de senaste månaderna, 2001/02 – 2021/22. Källa: Folkhälsomyndigheten

4.3.6 Sociala medier och nätmobbning

Nätmobbning har blivit vanligare. Andelen som uppger att de blivit utsatta för nätmobbning är högre bland 13- och 15-åringar jämfört med 11-åringar. Andelen 11-åringar som uppger att de blivit nätmobbade ligger under 10 procent, ingen statistisk skillnad mellan könen. I åldersgrupperna 13-åringar uppger upp till 15 procent att de blivit nätmobbade. Ingen statistisk signifikant skillnad mellan könen.

Forskningen ger ännu inget tydligt svar på hur den snabba utvecklingen av sociala medier påverkar den psykiska hälsan bland unga. Det har till exempel visat sig att det finns ett samband mellan måttligt användande av sociala medier och ökat välbefinnande bland ungdomar, medan de som har mycket hög respektive mycket låg användning av sociala medier rapporterar lägre välbefinnande än måttliga användare (24, 25).

Figur 4-14. Sociala medier

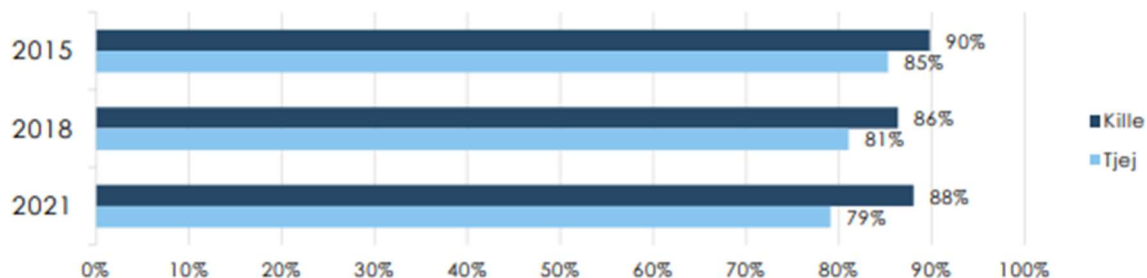
Frågor om användning av sociala medier har ställts sedan 2017/18. Intensiv användning av sociala medier definieras som kontakt på nätet med vänner eller andra personer än vänner 'nästan hela tiden på dagarna'. Bland 11 åringar varierar intensivanvändningen mellan 20 och 40 procent. Ingen signifikant skillnad mellan könen. Skillnaden mellan könen ökar bland 13- och 15-åringar. En högre andel flickor är intensivanvändare av sociala medier jämfört med pojkar. Upp till 10 procent uppskattas ha en problematisk användning av sociala medier. Skillnaden mellan pojkar och flickor är högre bland 13-åringar jämfört med de andra åldersgrupperna.

Studien visar att skärmtid har ett samband med elevernas hälsa och att psykosomatiska symtom är vanligare bland barn och unga som ägnar mer tid åt tv, datorer och datorspel⁴⁹. Slutsatserna stöds av annan forskning som visar att omfattande användning av mobiltelefoner

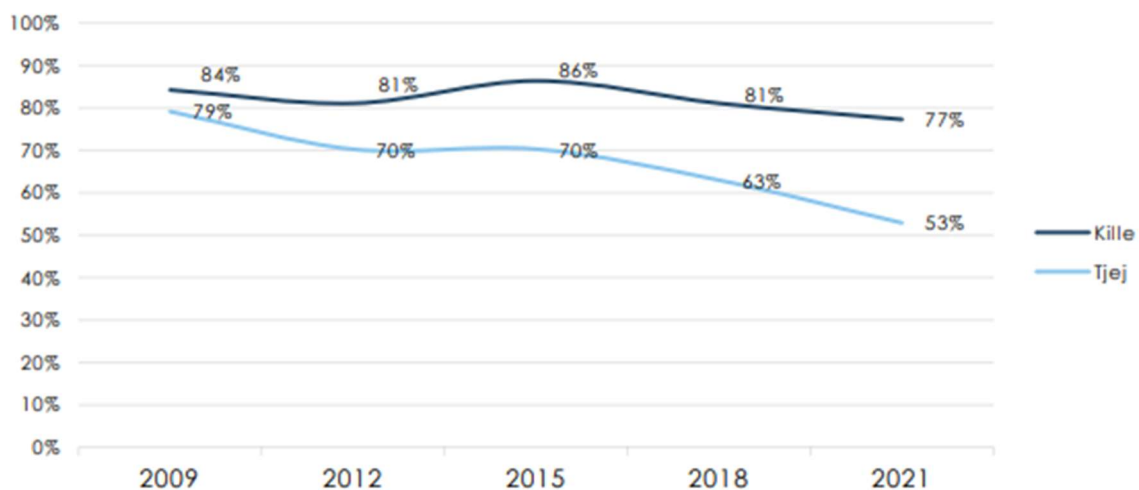
⁴⁹ Folkhälsomyndigheten. Medieanvändning och psykisk ohälsa bland tonåringar 2015 [citerad 16 januari 2018]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/1cdcfe349c5a41ee9b6b606e80eb7a78/medieanvandning-psykisk-ohalsa-tonaringar-15109-webb.pdf>.

bland unga 18 - 25 år har samband med olika psykiska symtom som stress, depression och sömnsvårigheter⁵⁰.

4.3.7 Resultat från LUPP undersökningen 2021

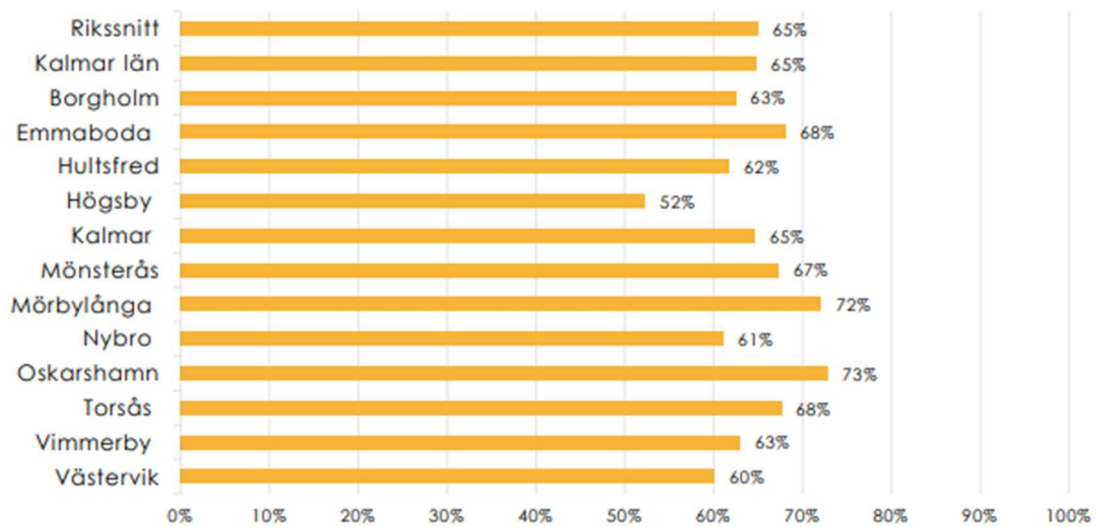


Figur 4–15. F0a. Andel nöjda med livet, familjen och kompisarna: Livet i sin helhet. Utveckling över tid. Källa: LUPP 2021, Kommunförbundet i Kalmar län.



Figur 4–16. F1a. Andel som bedömer sin hälsa som mycket eller ganska bra: Utveckling över tid. Källa: LUPP 2021, Kommunförbundet i Kalmar län.

⁵⁰ Thomée S. ICT use and mental health in young adults. Effects of computer and mobile phone use on stress, sleep disturbances, and symptoms of depression [Doktorsavhandling]. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för medicin; 2012.



Figur 4–16. F1b. Andel som bedömer sin hälsa som mycket eller ganska bra: Per kommun. Källa: LUPP 2021, Kommunförbundet i Kalmar län.

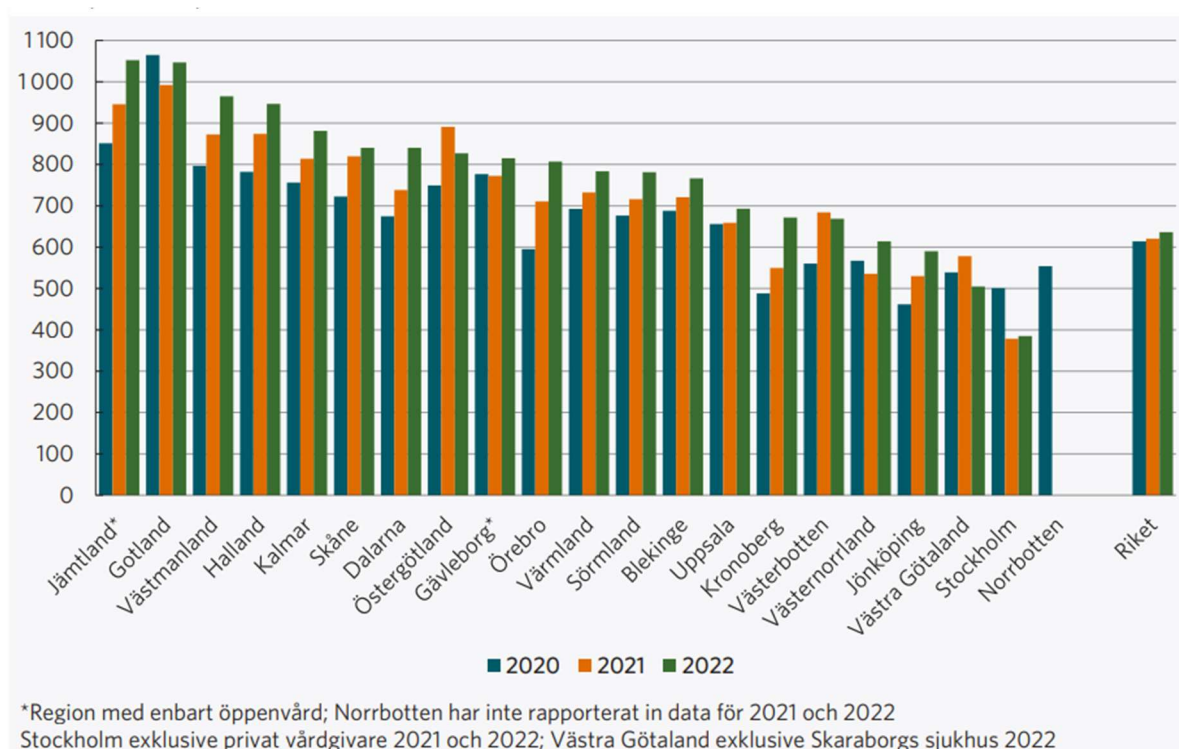
Sammanfattning och slutsatser

Stress och oro bland barn och unga har under en längre tid ökat i både i Sverige och i jämförbara länder. I flera rapporter beskrivs ökningen som mer markant bland flickor jämfört med pojkar. Skillnaden mellan åldersgrupper är stor. Yngre upplever mer stress och oro jämfört med äldre. Skolbarns hälsovanor verkar också ha påverkats i samma riktning. Skolstressen ökar samtidigt som trivseln i skolan minskar. Andelen elever som anger att de blivit mobbade i skolan ökar också.

Sociala relationer är en viktig skyddsfaktor, att ha en vuxen/förälder som man kan prata med är viktigt, liksom kamratstöd. Måttlig användning av sociala medier har visat sig samvariera med ökat välbefinnande. Resultaten för Kalmar län avviker inte signifikant från de resultat som redovisas på riksnivå. Mer behöver göras för att bryta trenden av ökad stress och oro bland unga. Gemensamma åtgärder i kommuner, skolan, civilsamhälle och näringsliv behövs för att stärka skyddsfaktorer och minska riskerna för psykisk ohälsa bland barn och unga.

5 Psykiatriska tillstånd

I ovanstående avsnitt framgår att de allra flesta upplever ett gott psykiskt välbefinnande och är nöjda och tillfreds med livet. Samtidigt ökar behoven av insatser från psykiatrin. År 2022 var det 6,4 procent av alla barn i landet som hade kontakt med Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Det är en ökning med 0,9 procentenheter från 2017. Vanligaste orsaken till ökningen var utredning om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, främst bland pojkar, samt ätstörning bland flickor.⁵¹



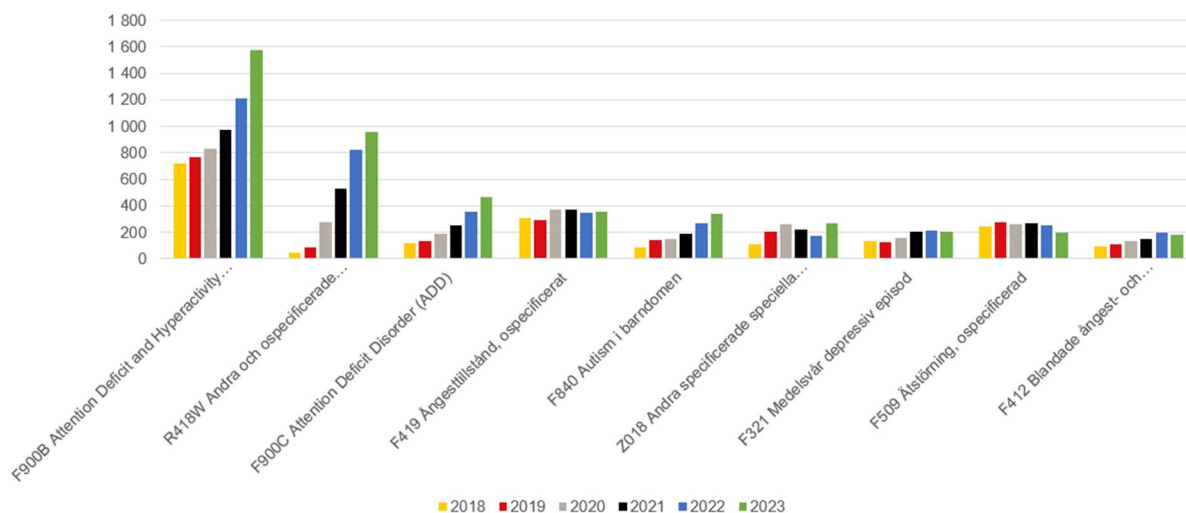
Figur 5–1. Unika patienter på BUP per län och per 10 000 invånare (0–17 år). Källa: Psykiatrin i siffror – Kartläggning av barn- och ungdomspsykiatrin 2022

I de flesta län i landet är det fler pojkar än flickor som är patienter hos BUP. I Kalmar län var dock majoriteten flickor 2022. Att jämföra åldersfördelningen mellan länen är mer komplicerat, eftersom arbetet med ätstörning (ABC-kliniken) i Kalmar län riktar sig även till vuxna. Däremot kan konstateras att andelen barn som är 0–6 år enbart utgör några få procent på BUP i Kalmar län.

Nedan redovisas de vanligaste huvuddiagnoserna på barn- och ungdomspsykiatrin. Sammanställning från sex senaste åren visar att ADHD (Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder, F90.0B), Andra och ospecificerade symtom och sjukdomstecken som engagerar uppfattningsförmåga och varseblivning (R41.8W) och ADD (Attention Deficit Disorder, F90.0C) är de vanligaste huvuddiagnoserna. R-diagnosen (41.8W) bör ses som en initial

⁵¹ SKR, Psykiatrin i siffror – Kartläggning av barn- och ungdomspsykiatrin 2022

diagnossättning. Denna grupp genomgår ofta någon form av utredning eller behandling för att fördjupa kunskapen om patientens hälsa. Vid genomgång av patienter med R-diagnos visar det sig att dessa patienter ofta får en av de vanligaste F-diagnoserna som framgår av diagrammet nedan:



Figur 5–2. Unika patienter per huvuddiagnos på BUP i Kalmar län 2018–2023. Källa: Region Kalmar län

5.1 ADHD

ADHD är en medfödd och vanlig funktionsnedsättning. I korthet innebär ADHD svårigheter med uppmärksamhet, impulskontroll eller möjligheten att reglera sin aktivitetsnivå. Utmaningarna varierar mycket mellan individer.⁵² En del menar att ADHD ökar kreativiteten och möjligheten att hitta nya lösningar.⁵³ ADHD beror inte på brist på uppfostran. Däremot har bemötande och anpassningar betydelse för hur barnet utvecklas.⁵⁴

Andelen som diagnostiseras med ADHD ökar alltjämt både bland barn och vuxna visar Socialstyrelsens senaste studie. Andelen med ADHD-diagnos i befolkningen har ökat sedan 2006 i Sverige. År 2022 hade totalt nästan 190 000 personer 5–64 år åtminstone ett uttag av något ADHD-läkemedel. Andelen var högst bland barn 10–17 år, där åtta procent av pojkarna hade läkemedelsuttag och fyra och en halv procent av flickorna. Socialstyrelsen kan uppskatta att 10,5 procent av pojkarna och sex procent av flickorna hade ADHD-diagnos 2022 i Sverige. Den bild myndigheten har av det framtida händelseförloppet är att dessa andelar kommer att öka till 15 procent för pojkar respektive 11 procent för flickor innan utvecklingen

⁵² Socialstyrelsen. (den 27 april 2020). Kunskapsguiden - Vad är adhd? Hämtat från

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/adhd/vad-ar-adhd/> den 18 sept 2023

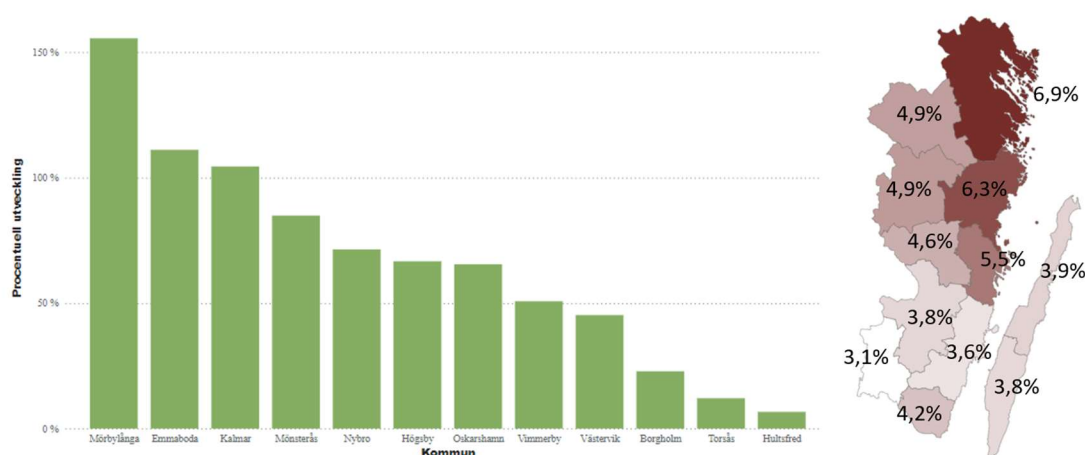
⁵³ White, H. A. (2020). Thinking "Outside the Box": Unconstrained Creative Generation in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Creat Behav*, 54(2), ss. 472-483. doi: <https://doi.org/10.1002/jocb.382>

⁵⁴ Socialstyrelsen (2023), Kortfattat om adhd hos barn och ungdomar,

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-5-8552.pdf>

planar ut.⁵⁵ Orsaken, enligt Socialstyrelsen till ökningen är ett ökat kunskapsläge och en ökad medvetenhet om ADHD inom profession, skola och allmänhet har väsentligen bidragit till utvecklingen. Antalet utredning har ökat och kriterierna för att få diagnosen har reviderats så att fler uppfyller kriterierna för ADHD idag.⁵⁶

I Kalmar län är det 2,6 procent som har ADHD som huvuddiagnos i åldersgruppen 0-17 år. Det är få barn som får ADHD som diagnos under 6 år. Diagrammet och kartan nedan avser därför åldersgruppen 6–17 år. Högst andel finns i Västervik och Oskarshamn. Lägst i Emmaboda:



Figur 5–3. ADHD bland 6–17-åringar i Kalmar län. Källa: Region Kalmar län och Statistikmyndigheten SCB.

Antalet barn och unga med diagnos ökade med 64 procent under perioden 2021 till 2023. Orsaken är ökat antal patienter, men även ökat antal utredda barn och unga. Störst ökning var det i Mörbylånga och Emmaboda, båda kommunerna från ett lågt utgångsläge. Lägst var ökningen i Torsås och Hultsfred.

5.2 ADD

Diagnosen ADD (Attention Deficit Disorder) är närbesläktad med ADHD. Skillnaden är att en person med ADD inte är hyperaktiv. En person med ADD kan ha någon av följande symptom:

- Svårighet att organisera uppgifter eller aktiviteter
- Lättdistraherad från den aktuella uppgiften
- Glömmer regelbundet dagliga aktiviteter
- Tappar regelbundet bort saker som de behöver för att slutföra uppgifter
- Undviker, ogillar eller skjuter upp uppgifter som inte är intressanta

⁵⁵ Socialstyrelsen (2023), Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-11-8862.pdf>

⁵⁶ Socialstyrelsen (2021), Förskrivningen av adhd-läkemedel fortsätter att öka, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-6-7436.pdf>

- Tappar regelbundet fokus på skolarbete, sysslor eller arbetsuppgifter
- Svårt att följa tydliga instruktioner
- Verkar som att de inte lyssnar när de blir tilltalade
- Gör regelbundet slarvfel
- Problem med att hålla uppmärksamheten på uppgifter eller sociala aktiviteter

I Kalmar län hade 469 personer ADD som huvuddiagnos på BUP 2023.

5.3 Ångesttillstånd

Ångest är en vanlig känsla som handlar om rädsla eller oro som ofta påverkar kroppen. Det är i sig ofarligt, men kan kännas obehagligt och skrämmande.⁵⁷ Diagnostisering för ångesttillstånd sker, i likhet med övriga psykiatriska tillstånd, utifrån ICD-10 och DSM V (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). För att diagnostisering ska ske krävs att besvären av överdriven ångest och oro har förekommit under majoriteten av dagar under en period av minst sex månader. Det ska ha skett i samband med ett antal händelser eller aktiviteter, till exempel skola och arbete. Ångestsyndromen kan förekomma i olika allvarlighetsgrad. Personen ska också ha haft svårt att kontrollera sin oro. Därutöver krävs att personen har minst tre av följande sex symptom:⁵⁸

- Rastlöshet eller känsla av att vara uppskruvad eller på bristningsgränsen
- Att bli lätt trött
- Svårigheter att koncentrera sig eller tankarna blir tomma
- Irritabilitet
- Muskelanspänning
- Sömnstörningar (svårigheter att somna eller att förbli sovande, eller rastlös och otillfredsställande sömn)

Ångestsyndrom till en av de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. Cirka 25 procent av befolkningen drabbas. Det är cirka två till tre gånger vanligare hos kvinnor än män. Bland barn och unga är det cirka 10 procent som drabbas före puberteten.⁵⁹ Antalet patienter med ångesttillstånd på BUP har varit oförändrat de senaste åren. År 2023 hade 358 personer ångesttillstånd (F41.9) som huvuddiagnos.

⁵⁷ 1177.se, Ångest, <https://www.1177.se/Kalmar-lan/sjukdomar--besvar/psykiska-sjukdomar-och-besvar/angest/angest--starka-kanslor-av-oro/>, hämtad 2024-03-22.

⁵⁸ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Impact of the DSM-IV to DSM-5 Changes on the National Survey on Drug Use and Health [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016 Jun. Hämtad från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519704/table/ch3.t15/> 2024-03-22

⁵⁹ Kunskapsguiden (2020, 10 februari), Om depression och ångestsyndrom, hämtad från <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/psykisk-ohalsa/depression-och-angestsyndrom/vad-ar-depression-och-angestsyndrom/> 2024-03-22

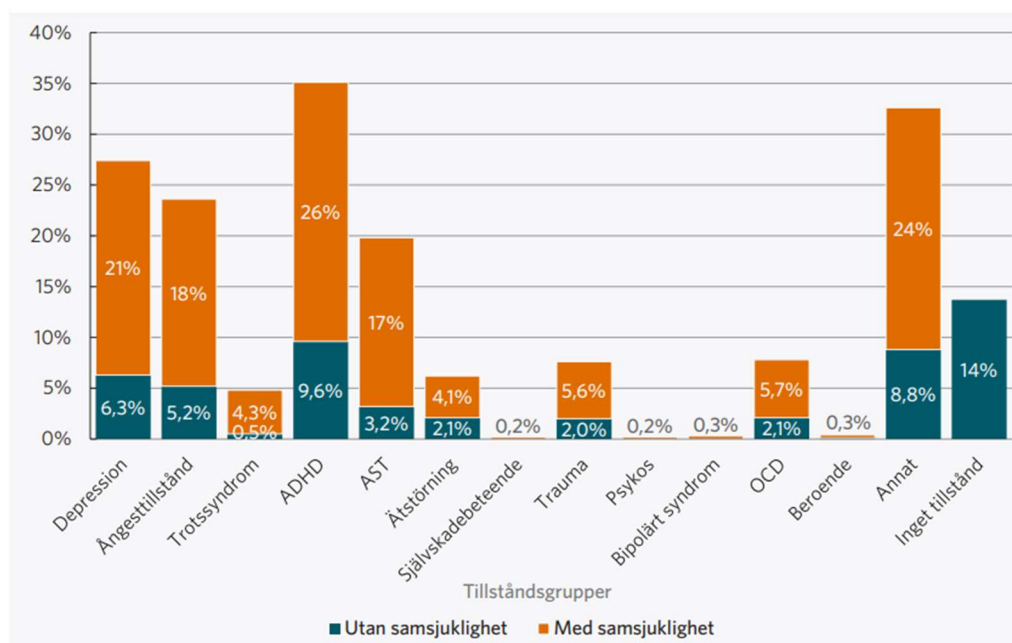
5.4 Autism

Ungefär 1-2 procent av befolkningen har autism. I Kalmar län var det 336 barn och unga som hade denna huvuddiagnosen 2023. Det betyder att minst en elev i varje skolklass har ADHD eller autism. En person med autism har ofta svårt med sociala kontakter och att hantera förändringar. Svårigheterna är i allmänhet livslånga men det finns också individuella skillnader kring hur de tar sig uttryck och hur stort lidande personen har.⁶⁰

Sedan 2022 finns det en nationell riktlinje för ADHD och autism. Det är viktigt att ge rätt insats så tidigt som möjligt och att neuropsykiatriska utredningarna genomförs. Personer som tillhör utsatta grupper behöver prioriteras särskilt. Utredningarna behöver individanpassas och ska alltid leda framåt mot lämpliga insatser. Det är även viktigt att höja kunskapen om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar hos vård- och socialtjänstpersonalen.⁶¹

5.5 Samsjuklighet

Region Kalmar län är anslutet till det nationella kvalitetsregistret för barn- och ungdomspsykiatri, Q-bup. Registret bygger på journaldata och patientadministrativa system, så ingen manuell registrering förekommer. Bland annat kan Q-bup därmed redovisa information om samsjuklighet bland BUP-patienterna:



⁶⁰ Socialstyrelsen (2022, 20 oktober), Nu kommer nationella riktlinjer för adhd och autism, <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/nu-kommer-nationella-riktlinjer-for-adhd-och-autism/>

⁶¹ Socialstyrelsen (2022, oktober), Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism. Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer 2022, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2022-10-8100.pdf>

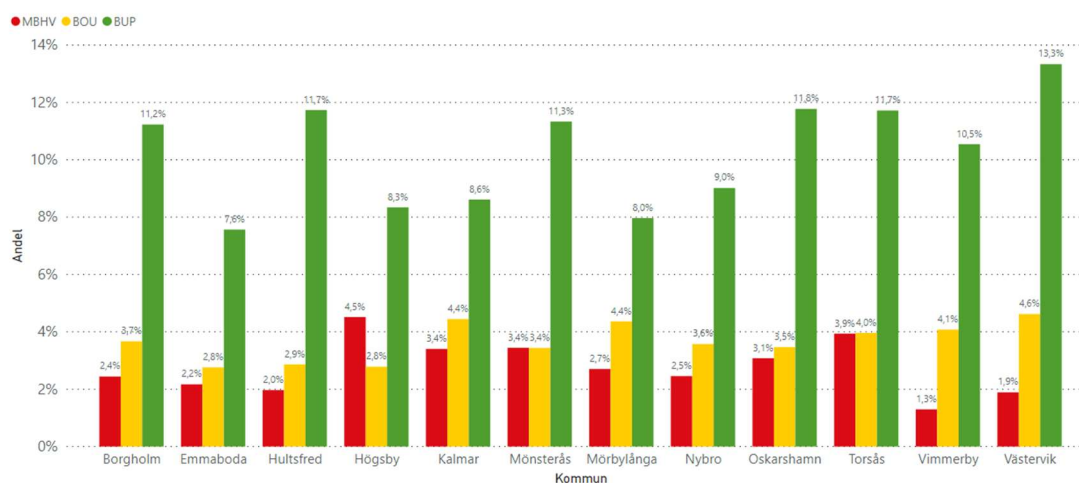
Figur 5–4. ”Samsjuklighet” bland tillståndsgrupper på BUP i Sverige 2022.

(Avser patienter som gjort minst 4 besök). Källa: Q-bup i SKR, Psykiatrin i siffror – Kartläggning av barn- och ungdomspsykiatrin 2022

BUP redovisar ofta sin verksamhet utifrån huvuddiagnoser. Diagrammet ovan visar kopplingen mellan huvuddiagnos och huruvida patienten har någon ytterligare diagnos än huvuddiagnosen. Merparten av alla individer har även andra psykiatriska diagnoser.⁶² Diagrammet ger därmed viktig information om fokus på diskussion om eventuell överdiagnostisering eller inte för vissa diagnosgrupper inte är fruktbar. De allra flesta med de stora och ökande diagnoserna (ADHD och AST) har mer än en psykiatrisk diagnos, någon form av samsjuklighet.

5.6 Regionens insatser för barn och unga

Barn och unga har olika förutsättningar att söka vård i Kalmar län utifrån flera faktorer. Enligt analys av Region Kalmar län framkommer det skillnader på var de barn och familjer bor som får vård. De minsta barnen (0–6 år) som framför allt sökte vård hos MBHV (mödra- och barnhälsovården) för psykisk ohälsa mellan 2018–2021 bor i Högsby kommun. Enligt CNI-index (Care Need Index) har kommunen högst värde av alla tolv kommunerna i Kalmar län. De äldre barnen (6–17 år) som sökt mest vård hos BoU (barn- och ungdomshälsan) och BUP tillhör Västerviks kommun som har ett medelvärde i CNI-index i Kalmar län. Det visas tydligt att de kommuner som har en fysisk mottagning också har många barn och unga som patienter. BUP och BoU finns lokaliserat i Kalmar, Oskarshamn, Västervik och Vimmerby:



Figur 5–5. Andel av befolkningen som besökt respektive verksamhet 2018–2022. Kommentar: Visar andel barn/kommun (%) som besökt MBHV, BoU och BUP 2018–2022. Källa: Region Kalmar län

⁶² SKR (2022), Psykiatrin i siffror. Kartläggning av barn- och ungdomspsykiatrin 2022, <https://skr.se/download/18.4d8a68f7188420c400423da/1684757956384/Psykiatrin-i-siffror-2022-barn-och-unga.pdf>

Figuren nedan sammanfattar de insatser som gjordes via barn- och ungdomspsykiatri under 2022 i jämförelse med riket:

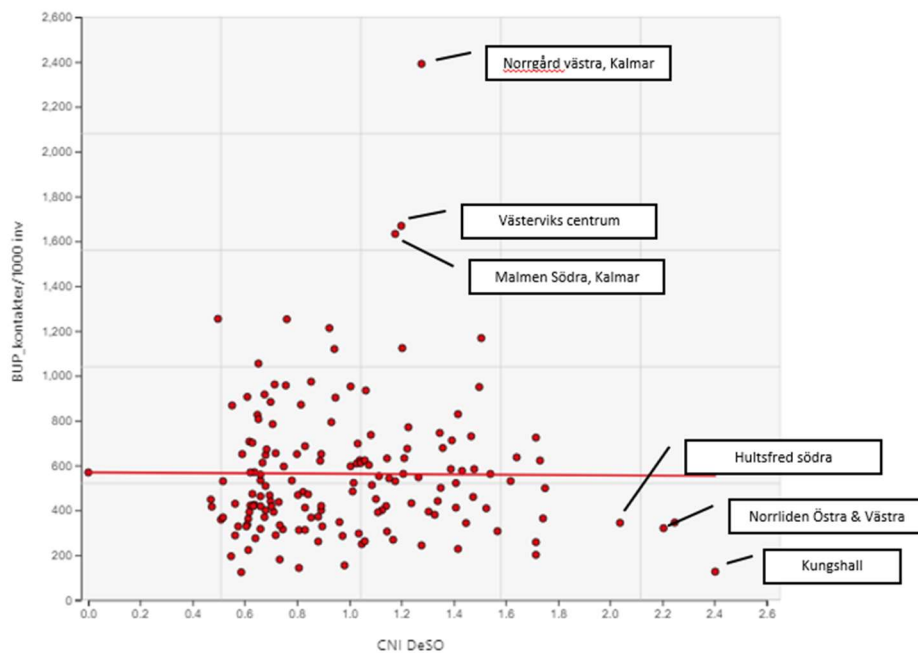


Figur 5–6. Statistik för barn- och ungdomspsykiatri i Kalmar län. Källa: Psykiatri i siffror - Kartläggning av barn- och ungdomspsykiatri 2022

Sammanställningen visar att en högre andel av befolkningen besökte BUP i Kalmar län än riket (8,8 procent jämfört med 6,4 procent). Det medför även att antal besök i öppenvården är högre än riket. Däremot är besöken för missbruk (diagnosgrupperna F10-F19) lägre än riket och utgör mindre än 0,1 procent av besöken.⁶³

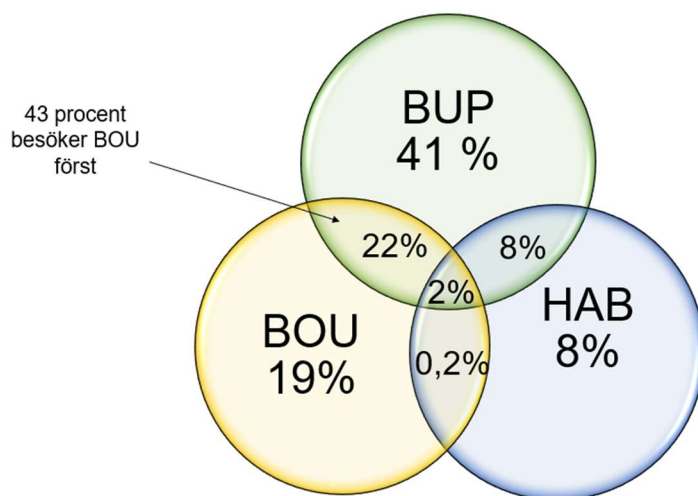
I analys av de barn och unga som sökt vård hos BUP 2022 visar att de som haft flest kontakter bor i Norrgård västra i Kalmar Kommun och Västerviks centrum och de som sökt minst vård bor i Kungshall och Norrliden östra och västra med högst CNI-värde i Kalmar län.

⁶³ SKR, Psykiatri i siffror - Kartläggning av barn- och ungdomspsykiatri 2022, hämtad från <https://skr.se/download/18.4d8a68f7188420c400423da/1684757956384/Psykiatri-i-siffror-2022-barn-och-unga.pdf>, 2024-03-20



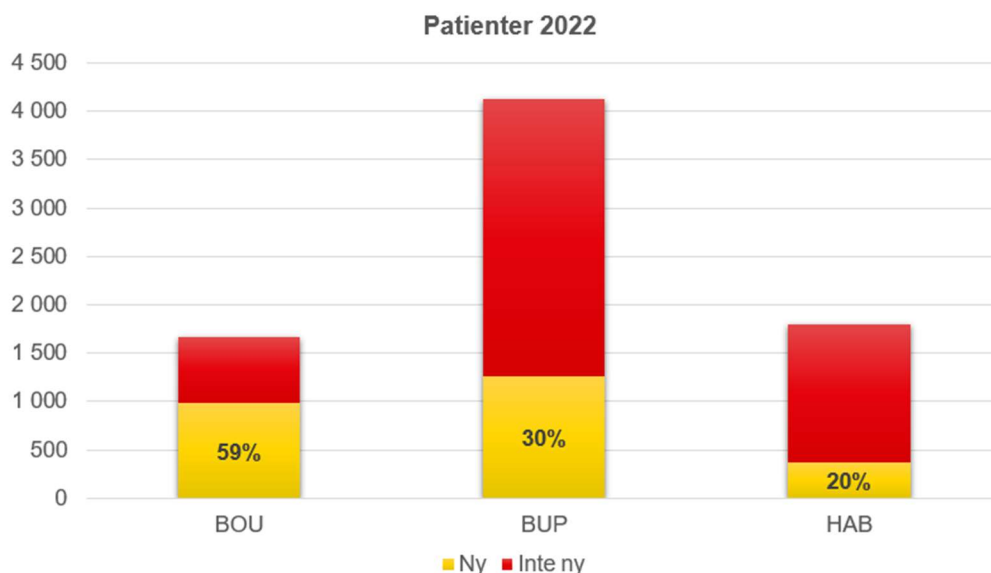
Figur 5–7. Besök och kontakter 2018–2022 per 1000 invånare. Kommentar: Visar antal kontakter/1000 inv./område som sökt vård hos Barn- och ungdomspsykiatri 2022. Det område där flest barn och unga bor som sökt mest vård är Norrgård västra i Kalmar kommun följt av Västervik centrum. De barn och unga som sökt minst vård bor i Kungshäll, Nybro kommun följt av Norrliden i Kalmar kommun.

I diagrammet nedan visas relationen mellan besök på BUP, BoU och HAB (Habiliteringen). Statistiken bygger på de patienter som besökt någon av verksamheterna under perioden 2015–2022, vilket motsvarar cirka 13 000 patienter. Diagrammet visar att ungefär 41 procent besökt enbart BUP, 19 procent enbart BoU och 8 procent enbart HAB. Av de 22 procent av patienterna som varit hos både BUP och BoU så var det 43 procent som varit hos BoU först och därmed 57 procent som först var hos BUP men sedan besökt BoU:



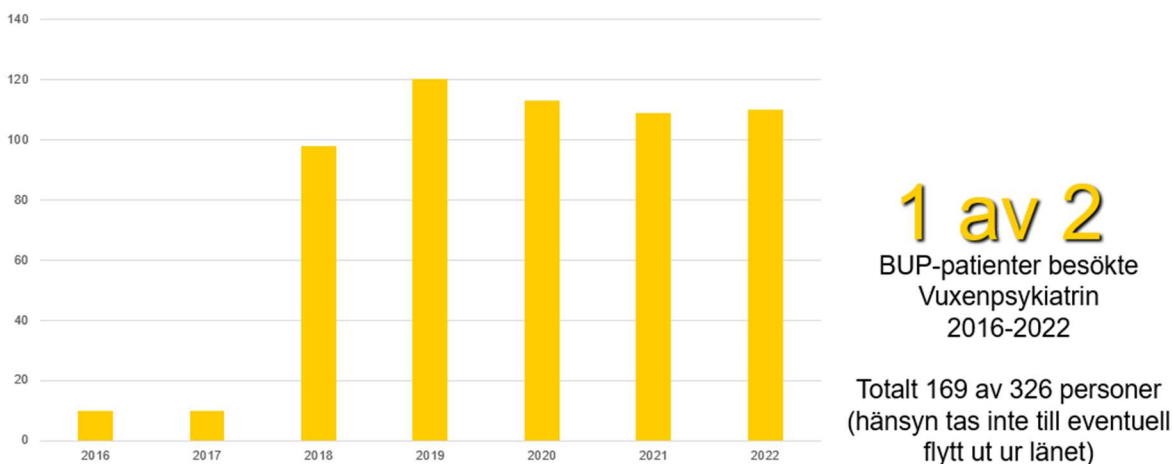
Figur 5–8. Andel patienter som besökt respektive verksamhet 2015–2022 Källa: Region Kalmar län

Ytterligare information om fördelningen av patienter mellan verksamheterna framgår av diagrammet nedan. Det avser antalet unika patienter som besökte respektive verksamhet 2022:



Figur 5–9. Antal unika patienter per verksamhet 2022 i Kalmar län. Källa: Region Kalmar län

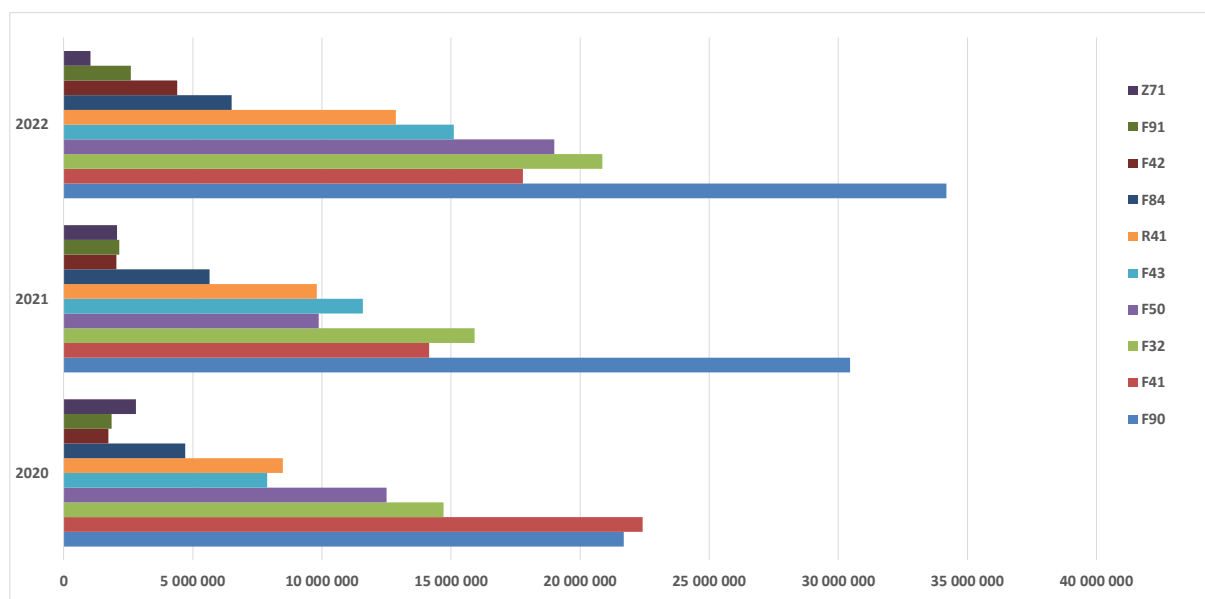
Av diagrammet framgår att drygt 4 000 patienter varit på BUP, därefter cirka 1 800 patienter på HAB och cirka 1 600 inom BoU. Här finns även information om hur stor andel av patienterna som är nya respektive återkommande patienter. Här syns stora skillnader i arbetssätt, där 6 av 10 patienter inom BoU var nya patienter under året. En uppföljning har även genomförts av kopplingen mellan BUP och vuxenpsykiatri. Den visar att hälften av de som aktuella hos BUP också fortsätter hos vuxenpsykiatri efter 18-årsdagen. Om den trenden håller i sig kan arbetsbelastningen komma att öka på vuxenpsykiatri i den takt som patienterna på BUP fyller 18 år.



Figur 5–10. BUP-patienters 15 år 2015) besök hos Vuxenpsykiatri per år. Källa: Region Kalmar län

5.7 Ekonomiska konsekvenser

Det ökande antalet patienter med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (ADHD, ADD och autism) medför att kostnaderna för vården, främst inom barn- och ungdomspsykiatri, ökar. Diagrammet nedan visar utvecklingen under 2020 – 2022. Här specificeras kostnaderna för de tio diagnosgrupper som har högst kostnad. Kostnaderna fördelas och redovisas enbart för huvuddiagnoser. Samma patient kan förekomma/beräknas i flera diagnosgrupper. Kostnaderna summeras därefter utifrån diagnosgruppering.



Figur 5–11. Kostnadsutveckling för de tio mest kostsamma huvuddiagnoserna på BUP. Källa: Region Kalmar län, Kostnad per patient (KPP)

Diagrammet visar att kostnaderna ökar kraftigt för diagnosgruppen F90, där ADHD och ADD ingår. Från drygt 20 miljoner kronor år 2020 till knappt 35 miljoner kronor 2022. Under denna period har barn- och ungdomspsykiatri arbetat intensivt för att få ner köerna till utredningar, bland annat med hjälp av externa konsulter. Det har medfört fler diagnoser och ökande kostnader. Vid diagnosticering av exempelvis ADHD krävs ofta medicinering och uppföljande kontroller, vilket ytterligare ökar på behovet av insatser från vården.

Sammanfattning och slutsatser

År 2022 var det 6,4 procent av alla barn i landet som hade kontakt med Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Det är en ökning med 0,9 procentenheter från 2017. Region Kalmar län tillhör de regioner som har högst andel kontakter.

Samtliga kommuner har en ökning av barn och unga med ADHD 2021-2023. Antalet barn och unga med diagnos ökade med 64 procent. Störst ökning var det i Mörbylånga och Emmaboda, båda kommunerna från ett lågt utgångsläge. Lägst var ökningen i Torsås och Hultsfred.

De allra flesta med de stora och ökande diagnoserna (ADHD och AST) har mer än en psykiatrisk diagnos, någon form av samsjuklighet.

Besök och kontakter med de olika verksamheterna behöver uppmärksammas både ur fördelningen mellan allmän och specialist vård samt ur ett socioekonomiskt perspektiv.

Kostnaderna för vård av barn och unga med ADHD och ADD har ökat med 15 miljoner på tre år, mellan 2020 och 2022.

6 Trender inom psykisk hälsa

I detta avsnitt sammanfattas de trender som bedöms ha störst påverkan på invånarna och regionens arbete. Med trend är ett sätt att försöka förstå framtiden, men den säger inte exakt hur det kommer att bli. Trenden är ett sätt att söka efter det som förändras. Den ska beläggas med fakta och därmed vara objektiv. Perspektivet är oftast långsiktigt.⁶⁴

För att ta fram underlaget till detta avsnitt har workshop om trender genomförts genom effekt och osäkerhetsanalys. Effekten har bedömts utifrån hur stor påverkan det har på Region Kalmar län på 3–5 års sikt. Den har graderats utifrån liten till stor. Osäkerheten har bedömts utifrån hur säker trenden bedöms vara på 3–5 års sikt. Graderingen har gjorts från osäker till säker:



Figur 6-1. Effekt och osäkerhetsanalys

De trender som utifrån detta Kunskapsunderlag bedöms ha stor påverkan på invånare och regionens verksamhet är:

- Stor ökning av antalet barn och unga med neuropsykiatrisk diagnos
- Unga tjejers psykiska påfrestning ökar
- Ökade socioekonomiska klyftor

⁶⁴ Siljerud (uå) *Trendsparnarens handbok*, Futurewise AB

Eventuellt påbörjade trender handlar om det socialt deltagande som minskade i samband med pandemin i hela landet. I riket har det skett en återhämtning men i Kalmar län finns det en fortsatt minskning i det sociala deltagandet. Frågan är om det är en påbörjad negativ trenden i Kalmar län?