

# Psykisk ohälsa och ekonomins funktionssätt

*Underlagsrapport till Långtidsutredningen 2019*

**Anna Linder**

**Gawain Heckley**

**Ulf Gerdtham**

**Lunds universitet, Hälsoekonomi**



# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>Summary</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>13</b>
1.1 Rapportens bakgrund och syfte .....	13
1.2 Ohälsans utveckling i Sverige.....	16
1.3 Teoretiskt ramverk.....	20
<b>2 En begränsad kartläggande litteraturöversikt: Hur påverkar psykisk ohälsa ekonomins tillväxtförutsättningar?</b> .....	<b>25</b>
2.1 Inklusionskriterier och metod .....	26
2.2 Att mäta en kausal effekt av psykisk ohälsa .....	27
2.3 Konsekvenser av psykisk ohälsa bland barn och unga.....	30
2.4 Konsekvenser av psykisk ohälsa bland vuxna .....	36
2.5 Generaliserbarhet av existerande litteratur till en svensk kontext.....	40
2.6 Sammanfattande resultat litteraturöversikt .....	41
<b>3 Utvecklingen av psykiska ohälsa under 2000-talet i Sverige</b> .....	<b>45</b>
3.1 Att mäta psykisk ohälsa, vilka trender kan vi lita på? .....	49
3.2 Psykisk ohälsa bland barn och unga .....	51

3.3	Psykiska ohälsa bland vuxna .....	58
3.4	Sammanfattande resultat av utvecklingen av psykisk ohälsa och dess ojämlikhet.....	72
<b>4</b>	<b>Vad påverkar psykisk ohälsa och dess utveckling? .....</b>	<b>77</b>
4.1	Bestämningfaktorer för psykisk ohälsa .....	78
4.2	Vad förklarar utvecklingen av psykisk ohälsa? .....	79
<b>5</b>	<b>Psykisk ohälsa och ekonomins funktionssätt .....</b>	<b>83</b>
5.1	Nyckelresultat .....	85
5.2	Diskussion och slutsatser.....	92
	<b>Referenser .....</b>	<b>99</b>
	<b>Appendix.....</b>	<b>107</b>

# Sammanfattning

Denna rapport belyser utvecklingen av psykisk ohälsa och dess påverkan på ekonomins funktionssätt. Ohälsa kan påverka ekonomins tillväxtfunktion genom dess påverkan på arbetskraftens storlek och arbetskraftens produktivitet. Psykisk ohälsa uppkommer ofta i ung ålder då den drabbade har större delen av sitt arbetsliv framför sig och har därför potentiellt stor påverkan på ekonomins funktionssätt. För att förstå den påverkan psykisk ohälsa har vid olika tidpunkter i livet genomförs en litteraturoversikt som kartlägger vad den befintliga nationalekonomiska litteraturen säger om effekten av psykisk ohälsa bland barn, ungdomar och vuxna på utbildning och arbetsmarknadsutfall. För att förstå betydelsen av detta för Sveriges ekonomi så beskrivs hur förekomst av psykisk ohälsa har utvecklats under 2000-talet i Sverige.

## **Psykisk ohälsa och dess konsekvenser för utbildning och arbete**

Litteraturen visar på tydliga ofördelaktiga effekter av psykisk ohälsa. Psykiska besvär i bred mening någon gång under barndomen leder till betydligt sämre skolprestationer, lägre utbildningsnivå och sämre arbetsmarknadsutfall som vuxen. Både utagerande beteendestörningar såsom ADHD och inåtvända psykiska besvär såsom depression och ångest leder till sämre utbildnings- och arbetsmarknadsutfall. Psykisk ohälsa bland vuxna minskar sannolikheten att vara yrkesarbetande, men påverkar även hur mycket man arbetar och frånvaro från arbetet.

## Utvecklingen av psykisk ohälsa i Sverige

Utagerande beteendestörningar är de vanligast förekommande psykiska besvären bland barn i alla åldrar, medan inåtvända besvär främst är vanliga bland ungdomar och unga vuxna. Psykiska besvär, både av inåtvänd och utagerande typ, är vanligt förekommande också bland vuxna även om de flesta problemen minskar i förekomst med åldern. Utvecklingen tyder på att den psykiska ohälsan ökar över tid bland ungdomar och unga vuxna. Bland medelålders vuxna som helhet sker ingen sådan ökning, däremot verkar psykisk ohälsa öka i vissa grupper bland den vuxna befolkningen, exempelvis bland kvinnor, lågutbildade och ej sysselsatta.

## Huvudsakliga utmaningar framöver

- Hög förekomst av utagerande psykiska besvär bland barn och ungdomar i Sverige som leder till sämre prestationer i skolan och sämre arbetsmarknadsutfall i vuxen ålder. Utagerande beteendestörningar är dubbelt så vanligt förekommande bland pojkar jämfört med flickor och det är möjligt att denna skillnad mellan könen bidrar till att skapa ojämlika förutsättningar för att lyckas i skolan.
- Hög förekomst av inåtvända psykiska besvär hos ungdomar och unga vuxna i Sverige som leder till sämre prestationer i skolan och sämre arbetsmarknadsutfall i vuxen ålder. Flickor och unga kvinnor är två till tre gånger oftare drabbade av dessa problem jämfört med pojkar och unga män, följaktligen är det troligt att även dessa problem bidrar till ojämlika ekonomiska förutsättningar mellan kvinnor och män. Inåtvända psykiska besvär verkar dessutom öka i förekomst bland ungdomar och unga vuxna i helhet, vilket är särskilt oroväckande eftersom denna grupp kommer att utgöra den huvudsakliga arbetskraften inom några årtionden.
- Den psykiska ohälsan verkar öka särskilt i vissa redan utsatta grupper, bland de lägsta socioekonomiska grupperna och bland de som befinner sig utanför arbetsmarknaden, vilket leder till ökande skillnader i psykisk ohälsa bland vuxna.

## Slutkommentarer

Psykisk ohälsa leder till sämre utbildnings- och arbetsmarknadsutfall och det är troligt att sambandet förstärks av en utsatt ekonomisk eller social situation. Preventiva åtgärder såväl som behandlande och rehabiliterande insatser är viktiga för att bryta utvecklingen. Vi har idag viss kunskap om vad som kan göras för att förbättra den psykiska hälsan bland befolkningen, dels genom förebyggande samhällsinsatser, exempelvis i skolan och i arbetslivet, och dels genom vårdinsatser och sociala insatser i syfte att hjälpa dem som redan är drabbade. Investeringar i sådana insatser kan komma att bidra till en mer jämlik fördelning av den psykisk hälsan och stärka drabbade gruppers deltagande i högre studier och på arbetsmarknaden, vilket skulle kunna leda till en mer jämlik fördelning också av de ekonomiska förutsättningarna bland befolkningen.





# Summary

This report highlights the importance of mental ill-health on future economic growth. Health impacts economic growth through its impact on both workforce size and labour productivity. Mental ill-health potentially has a large impact on economic growth since these problems usually occur at young ages when people have most of their working life ahead of them. In order to understand the consequences of mental ill health at different periods of life a review focussing on the economic literature is carried out mapping the existing research on the effects of mental ill health among children, young people and adults on education and labour market outcomes. To understand the significance this may have for the Swedish economy, the development of mental ill health during the 21st century is also described.

## **The consequence of mental ill health on education and labour market outcomes**

The existing literature shows that there are clear adverse effects of mental ill-health. Mental ill-health at some point during childhood leads to considerably poorer school performance and poorer educational and labour market outcomes as an adult. Both externalizing behavioural problems such as ADHD and internalizing mental problems such as depression and anxiety lead to poorer education and labour market outcomes. Mental ill-health among adults reduces the likelihood of being employed, but also affect how much you work and how much you are absent from work.

## The development of mental ill health in Sweden

Externalizing mental disorders are the most common mental health problems among children of all ages and internalizing mental health problems are common especially among adolescents and during young adulthood. Mental problems of both types are common among middle-aged adults as well, but the prevalence of most mental problems decrease with age. The trends suggest that mental ill-health increases over time among adolescents and young adults, while among middle-aged adults as a whole no such increase occurs. On the other hand, mental ill-health seems to increase in some groups among the adult population, for example among women, low-educated and not employed.

### Main challenges going forward

- Sweden has a high prevalence of externalizing mental health problems among children and young people that is likely negatively impacting their future school- and labour market outcomes. Externalizing behavioural disorders are twice as common among boys compared to girls, which may contribute to unequal school- and labour market opportunities.
- Sweden has a high prevalence of internalizing mental health problems among adolescents and young adults that is likely negatively impacting their future school- and labour market outcomes. Girls and young women are two to three times more often affected by these problems compared to boys and young men, so it is likely that these problems also contribute to unequal school- and labour market opportunities between women and men. The prevalence of these problems also appears to be increasing among the young population which is a concern since this group will constitute the main workforce within a few decades.
- Mental ill-health among the adult population appears to be increasing particularly for some already vulnerable groups, among the lowest socio-economic groups and among those who are out of the labour market, increasing inequalities in mental health among adults.

## Concluding notes

The onset of mental ill-health has been shown to have long-lasting impacts and that these impacts are re-enforced in companion with poorer social- and economic living conditions. Thus, both preventive measures as well as treatment and rehabilitation efforts are important for improving long-term child and adult outcomes and reducing socioeconomic inequalities. We have some knowledge on what can be done to improve individual mental health, both through preventive efforts in for example schools and in the working environment, but also through the healthcare and social interventions to help those already affected. Such efforts can contribute to a more equal distribution of the mental health among the population and strengthen schooling- and labour market participation among those which, in turn, could lead to a more equal distribution also of the economic conditions among the population. The results of this study highlight that these interventions are important to future economic growth and that there is potentially a pay-off for more to be done in this area.



# 1 Inledning

Långtidsutredningen ska analysera utmaningar och möjligheter för svensk ekonomi på lång sikt, de närmaste 15–20 åren. En central del av detta innebär att ta fram fördjupade analyser på några utvalda fokusområden och studera vad de betyder för den långsiktiga ekonomiska politiken. Temat för Långtidsutredningen 2019 är ojämlikhet och fokus är att analysera ojämlikhetens utveckling och orsaker, samt vilka konsekvenser ojämlikhet har på ekonomins funktionssätt. Ett fördjupat fokusområde till denna utredning är hur befolkningens psykiska ohälsa påverkar ekonomins funktionssätt, vilket ska behandlas i denna rapport.

## 1.1 Rapportens bakgrund och syfte

Denna rapport ska utgöra ett underlag för Långtidsutredningen 2019 med utmaningar och möjligheter relaterade till psykisk ohälsa som skulle kunna ha inverkan på ekonomins funktionssätt.

Det teoretiska ramverket som ligger till grund för rapporten vilar på ekonomisk teori om humankapital och utvecklingen av humankapital. Traditionellt sett har dessa teorier fokuserat på utbildningens betydelse för framtida avkastning av arbete, men i allt högre grad ses också hälsa som en del av individers humankapital. På senare tid har detta teoretiska ramverk utvecklats med särskilt fokus på hur ohälsa och förmåga i olika perioder livet påverkar den kapacitet man utvecklar för att lyckas med utbildning och arbete. Teorin visar också att andra faktorer såsom föräldrars resurser, boendemiljö mm påverkar betydelsen av ohälsa för utvecklingen av humankapital. Detta innebär att konsekvenser av ohälsa i utbildnings- och arbetsmarknadsutfall kan skilja mellan olika befolkningsgrupper vilket i

sin tur kan påverka skillnader i utbildning och inkomst. Det teoretiska ramverket beskrivs i sin helhet i avsnitt 1.3.

I denna rapport studeras hur *psykisk* ohälsa påverkar individers möjlighet att utbilda sig och arbeta. Det finns flera orsaker till att just psykisk ohälsa studeras, istället för ohälsa enligt en bredare definition. Psykisk ohälsa (jämfört med fysisk ohälsa) är av särskild betydelse bland den yngre befolkningen. Psykisk ohälsa uppkommer oftast redan i ung ålder (4) och är den främsta orsaken till funktionsnedsättning bland barn och unga vuxna under 40 år (5). Således har den psykiska ohälsan potential att påverka ekonomins funktionssätt genom att den drabbar människor i ett skede under livet då man till stor del bygger upp sitt humankapital i form av utbildning och arbetslivserfarenhet, och då man har större delen av sitt arbetsliv framför sig. Psykisk ohälsa visar också på en annan utveckling än den fysiska ohälsan. Överlag visar indikatorer på fysisk hälsa på en förbättrad utveckling medan indikatorer för psykisk hälsa snarare visar på en försämrad utveckling. Hälsan bland befolkningen i Sverige har generellt förbättrats eller legat på en stabil nivå under de senaste årtiondena för indikatorer som reflekterar fysisk hälsa, livslängden ökar och dödligheten i flera allvarliga sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar och de vanligaste cancerformerna minskar (6). Samtidigt finns det studier som visar att den psykiska ohälsan ökar, särskilt bland barn och unga vuxna i Sverige (6-8). En mer ingående motivering till varför fokus är psykisk ohälsa beskrivs i avsnitt 1.2.2.

***Definition: Psykisk hälsa och psykisk ohälsa***

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar psykisk hälsa som *"a state of well-being in which an individual realises his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community"* (1). Fokus i denna definition ligger på positiva känslor och förmågan att uppfylla en bidragande funktion i samhället. Så vad är då psykisk ohälsa? Europakommissionen definierar psykisk ohälsa som *"mental ill-health includes mental health problems and strain, impaired functioning associated with distress, symptoms and diagnosable disorders"* (2). Definitionen av psykisk hälsa innefattar således mer än bara frånvaro av psykisk

ohälsa. Både psykisk hälsa och psykisk ohälsa är breda begrepp, och det ena utesluter nödvändigtvis inte det andra. En kunskapsöversikt genomfördes nyligen för att skapa gemensamma definitioner för dessa begrepp, och på så vis underlätta dialogen mellan forskare, politiker och de som arbetar inom fältet (3). I kunskapsöversikten beskrivs psykisk ohälsa som *”ett sammanfattande begrepp för mindre allvarliga psykiska problem och sådana som uppfyller diagnoskriterier för psykiatriska tillstånd”* (3). Psykisk ohälsa delas ofta upp i två kategorier, dels inåtvända besvär såsom depression, oro, ångest m.fl., dels utagerande besvär såsom hyperaktivitet, impulsivitet och aggressivitet (3). Psykisk ohälsa och psykiska besvär används som en samlade beteckningar för både självrapporterade psykiska besvär och psykiatriska diagnoser. Psykisk ohälsa och psykiska besvär används omväxlande i denna rapport, i de fall vi refererar till specifika besvär eller psykiatriska diagnoser så anges detta tydligt.

Syftet med denna rapport är att förstå hur psykisk ohälsa kan påverka ekonomins funktionssätt genom dess konsekvenser i utbildning och arbete. Långtidsutredningens fokus på ojämlikhet gör att ett underliggande syfte är försöka förstå hur utvecklingen av psykisk ohälsa skulle kunna påverka ojämlika ekonomiska möjligheter och utfall. För att uppfylla dessa syften behöver följande frågor besvaras:

- Vad är effekten av psykisk ohälsa på utbildning och arbete?
- Skiljer sig effekten av psykisk ohälsa på utbildning och arbete mellan olika befolkningsgrupper?
- Hur har den psykiska ohälsan utvecklats i Sverige?
- Hur har den psykiska ohälsan utvecklats i olika befolkningsgrupper?

För att förstå hur psykisk ohälsa påverkar utbildning och arbete och om effekten skiljer sig mellan olika befolkningsgrupper används befintlig forskning. I en litteraturöversikt kartlägger vi vad den befintliga forskningen säger om effekten av psykisk ohälsa på utbildning och arbetsmarknadsutfall, samt om resultaten tyder på att effekten skiljer sig mellan olika grupper, exempelvis mellan kvinnor och män eller mellan grupper med olika socioekonomisk status eller

etnisk tillhörighet. Det teoretiska ramverket visar att konsekvensen av psykisk ohälsa kan skilja sig beroende på när i livet den psykiska ohälsan uppstod. Vi antar därför en livscykelansats och undersöker effekten av psykisk ohälsa under olika livsskeenden (som barn, ungdom och vuxen). Litteraturoversikten presenteras i sin helhet i kapitel 2 med en avslutande sammanfattning.

För att studera hur den psykiska ohälsan har utvecklats i Sverige undersöker vi hur rapportering av psykiska besvär, samt psykiatriska öppen- och slutenvårdsdiagnoser har utvecklats över senaste årtiondena i olika åldersgrupper (mindre barn, ungdomar, unga vuxna och medelålders vuxna) och i grupper med olika socioekonomisk status, sysselsättning och utländsk bakgrund. Utvecklingen av psykisk ohälsa beskrivs i sin helhet i kapitel 3 med en avslutande sammanfattning.

Genom att identifiera grupper som är särskilt utsatta för psykisk ohälsa, eller särskilt utsatta för dess negativa ekonomiska konsekvenser, kan vi ge en bild av hur utvecklingen av psykisk ohälsa påverkar ekonomins funktionssätt. Genom att vidta åtgärder i särskilt drabbade grupper finns det sedan en möjlighet att minska de negativa konsekvenserna av psykisk ohälsa och förstärka dessa gruppers deltagande inom utbildning och på arbetsmarknaden. Potentiellt skulle sådana åtgärder även kunna användas för att minska ojämlikhet i utbildning och arbetsmarknadsutfall mellan olika grupper i samhället. Fokus i denna rapport är alltså att förstå hur psykisk ohälsa påverkar ekonomins funktionssätt, men för att veta hur dessa utmaningar ska bemötas måste man också förstå något om vad som påverkar psykisk ohälsa och dess utveckling. Bestämningfaktorer för psykisk ohälsa och en diskussion om potentiella orsaker till utvecklingen av psykisk ohälsa presenteras i kapitel 4. Nyckelresultaten från denna rapport och hur dessa utmaningar skulle kunna bemötas presenteras i avsnitt 5.

## 1.2 Ohälsans utveckling i Sverige

Hälsan bland befolkningen i Sverige har generellt förbättrats eller legat på en stabil nivå under de senaste årtiondena om man ser till indikatorer som reflekterar *fysisk* hälsa. Livslängden ökar och dödligheten i flera allvarliga sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar



och de vanligaste cancerformerna minskar (6). Samtidigt finns det studier som visar att den psykiska ohälsan ökar, särskilt bland barn och unga vuxna i Sverige (6-8). I detta avsnitt beskrivs ohälsan i Sverige ur ett internationellt perspektiv, samt motiveras varför fokus är på psykisk ohälsa.

### 1.2.1 Ett internationellt perspektiv

Sverige har internationellt sett hög medellivslängd, den förväntade medellivslängden i Sverige var år 1970 högst av alla OECD länder (74,8 år). Medellivslängden har ökat märkbart under det senaste halvsekleet både i Sverige och övriga OECD länder, dock var ökningen något lägre i Sverige som år 2015 rankades på tionde plats med 82,3 år jämfört med OECD genomsnittet 80,6 år (9). När det gäller självrapporterad hälsa ligger Sverige också över OECD genomsnittet, och rapporterar bättre hälsa än alla de övriga nordiska länderna (9). Nästan 80 % av befolkningen i Sverige rapporterar bra eller mycket bra hälsa, 16,5 % rapporterar måttlig hälsa och 3,8 % rapporterar dålig eller mycket dålig hälsa (9). Om man istället ser till psykisk ohälsa så ligger Sverige sämre till ur ett internationellt perspektiv, enligt OECD lider 18,3 % av svenskarna av något psykiskt besvär jämfört med EU-genomsnittet på 17,3 % (10). För prevalens av depression så ligger Sverige med 9,6 % sjunde högst inom EU, klart över EU-genomsnittet på 7,9 % (9). Även för självmord ligger Sverige högre än EU-genomsnittet, mellan åren 2013 och 2015 begicks 12.3 självmord per 100 000 invånare i Sverige medan genomsnittet inom EU var 10.9 självmord per 100 000 invånare (10).

När det gäller hälsan bland barn som lever i Sverige så är denna generellt god. De flesta barn och unga som bor i Sverige rapporterar att de har bra fysisk hälsa, och levnadsvanor relaterade till rökning, alkohol och kost visar i flera fall på en förbättrad utveckling (11). Däremot ökar rapporteringen av psykiska och psykosomatiska besvär (huvudvärk, magont, sömnproblem etc.) bland barn och unga och det finns studier som visar på att psykisk ohälsa ökar mer bland barn och unga i Sverige jämfört med de andra nordiska länderna (7, 12).

Hälsan skiljer sig också påtagligt mellan olika befolkningsgrupper i Sverige och detta gäller oavsett om man ser till livslängd (13) självrapporterad ohälsa (14) eller psykisk ohälsa (15). Kvinnor och män lever olika länge, år 2015 förväntades kvinnor leva 84,1 år medan män förväntades leva 80,4 år (9). Kvinnor rapporterar dock överlag sämre hälsa och lider oftare av vanliga psykiska besvär (såsom depression och ångest) än män (10). De utbildningsrelaterade skillnaderna är också stora, den förväntade medellivslängden vid 30 års ålder skiljer sig med hela 6 år mellan dem med förgymnasial och dem med eftergymnasial utbildning (13). För självrapporterad hälsa gäller att 88,5 % av höginkomsttagare jämfört med 67,4 % av låginkomsttagare rapporterar bra eller mycket bra hälsa (9). Dessutom rapporterar lågutbildade kvinnor och män nästan dubbelt så ofta "sämre än bra" hälsa jämfört med högutbildade kvinnor och män (14). När det gäller psykisk ohälsa så rapporterar Folkhälsomyndigheten i en aktuell rapport att det föreligger betydande ojämlikheter i psykisk ohälsa i Sverige och att dessa ojämlikheter ökar över tid. År 2011 återfanns hela 30 % av självrapporterad ångest och suicid, samt närmre hälften av psykiatriska diagnoser bland den femtedelen av befolkningen med lägst inkomst (15). De visar också att socioekonomiska skillnader i psykisk ohälsa relaterade till föräldrars utbildningsstatus och inkomst uppstår redan i ung ålder (15).

*Definition: Ojämlikhet i hälsa*

Ojämlikhet i hälsa syftar vanligtvis till systematiska skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper, exempelvis uppdelat på kön, etnicitet eller socioekonomisk status (SES). Med socioekonomisk ojämlikhet i hälsa avses systematiska skillnader i hälsa mellan grupper med olika SES. SES representeras vanligtvis av inkomst eller utbildning, och då refereras till inkomstrelaterade eller utbildningsrelaterade ojämlikheter i hälsa.

Även om skillnaderna i medellivslängd kan tyckas stora så är de ur ett internationellt perspektiv små (9). Däremot verkar de socioekonomiska skillnaderna i självrapporterad hälsa vara större i Sverige än i flera andra nordiska länder med jämförbara förhållanden (9). Om man försöker ge en samlad bild av ohälsan i Sverige ur inter-

nationellt perspektiv så ligger Sverige högt rankat både till förväntad livslängd och självrapporterad hälsa. Jämförbara siffror gäller för länder som kännetecknas av liknande förhållanden (låg inkomst- ojämlighet, höga offentliga utgifter för sjukvård) såsom de nordiska länderna, Tyskland, Storbritannien m.fl. Två avvikelser är värda att nämna när det gäller ohälsan i Sverige ur ett internationellt perspektiv, dels att socioekonomisk ojämlighet i självrapporterad hälsa är större i Sverige jämfört med andra länder med liknande förutsättningar, dels att när man ser till mått som speglar psykisk hälsa (istället för fysisk hälsa) så har Sverige, internationellt sett, en sämre relativ position.

### 1.2.2 Fokus på psykisk ohälsa

Hälsan bland befolkningen har på många sätt betydelse för ekonomins funktionssätt. I denna rapport fokuserar vi på hur just *psykisk* ohälsa skulle kunna påverka ekonomins funktionssätt genom dess påverkan på utbildning och arbete. Som nämndes i inledningen finns det flera skäl till denna avgränsning. Det första är att utvecklingen av fysisk ohälsa och psykisk ohälsa går i olika riktning. Hjärt- och kärlsjukdomar och cancer är de vanligaste dödsorsakerna och står för nästan två tredjedelar av alla dödsfall i Sverige (16). Dödsfall orsakade av Alzheimers sjukdom och andra demenssjukdomar har fått ökad betydelse över tid och är nu den tredje vanligaste dödsorsaken (16). Detta beror dels på den åldrande befolkningen, dels att kunskapen (och således diagnosticering) av dessa sjukdomar ökat (16). Även om dessa allvarliga och livshotande sjukdomar har stora omedelbara konsekvenser för individers ekonomiska situation så drabbar de främst den äldre delen av befolkningen och är troligtvis av mindre betydelse under den period i livet då man skaffar sig utbildning och erfarenhet som har betydelse för senare arbetsmarknadsutfall. Man har också blivit bättre på att behandla fysisk ohälsa, dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar och cancersjukdomar minskar och medellivslängden ökar (6). Samtidigt finns det studier som visar på att den psykiska ohälsan i befolkningen ökar (6).

Ett andra skäl till att vi fokuserar på psykisk ohälsa är att dessa besvär, i kontrast till de flesta fysiska sjukdomar, ofta uppstår i ung ålder (4, 17). Psykisk ohälsa är den största bidragande orsaken till

funktionsnedsättning bland barn och unga vuxna (innan 40 års åldern), och därefter är muskel och skelettsjukdomar den viktigaste orsaken (5). Bortsett från livshotande sjukdomar så är muskel- och skelettsjukdomar och psykisk ohälsa de två viktigaste orsakerna till dålig hälsa. Ryggsmärtor, depression, nacksmärtor och ångest är alla bland de tio störst bidragande orsakerna till funktionsnedsättning när enskilda orsaker mäts separat (1:a, 3:e, 6:e och 7:e störst bidragande orsakerna respektive) (18, 19). Psykiatriska diagnoser är sedan 2014 den vanligaste orsaken till sjukskrivning och av dessa är stressrelaterade diagnoser såsom utmattningssyndrom särskilt vanliga (20). Psykiatriska diagnoser är också relaterade till återkommande sjukskrivningar och långa sjukskrivningsperioder (21). Med anledning av dessa skäl finner vi det troligt att just psykisk ohälsa är en av välfärdssamhällets stora utmaningar framöver, och frågan är hur detta bör beaktas ur ett politiskt perspektiv?

### 1.3 Teoretiskt ramverk

I detta avsnitt beskrivs det teoretiska ramverk som ligger till grund för rapporten. Flera ekonomiska teorier berör sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt. Solows (1956) och Swans (1956) neoklassiska tillväxtmodeller från år 1956 visar att långsiktig tillväxtpotential beror på arbetskraft, samt produktiviteten i arbetskraft och realkapital (22, 23). Hälsa kan ses som en tillväxtfaktor som ökar BNP/capita, både genom att den ökar storleken på arbetskraften och att den ökar arbetskraftens produktivitet. Storleken på arbetskraften skulle kunna ökas genom att minska antalet sjukskrivningar, eller genom att behålla personer i arbete i högre ålder. Arbetskraftens produktivitet skulle kunna ökas genom att förbättra hälsan i arbetskraften. Den finns en hel del litteratur på hur humankapital påverkar arbetsmarknadsutfall och vanligtvis används utbildning för att förklara hur investeringar i humankapital påverkar inkomst. Men i allt högre grad ses också hälsa som en del av individers humankapital.

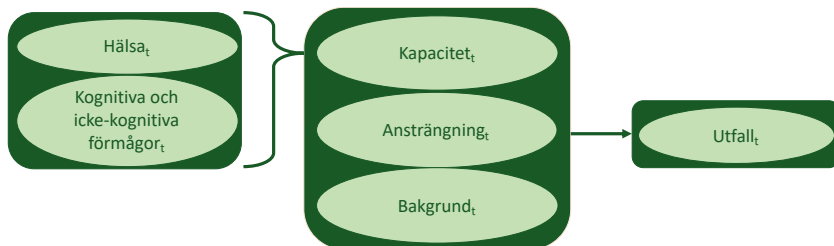
Om man ser till hälsans betydelse för tillväxtfaktorer på individnivå så är Michael Grossmans modell från tidigt 1970-tal ett av de viktigaste teoretiska bidragen som förklarar hälsans betydelse för individers inkomst (24). Grossman-modellen bygger på att varje

individ föds med en viss mängd hälsokapital vilket förväntas minska genom åldrande och negativa chocker såsom sjukdom eller olycka. En högre nivå för hälsokapitalet kan dock upprätthållas genom investeringar i hälsa över tid (24, 25). Hälsa betraktas som ett slags kapital som individer både gör investeringar i och producerar ifrån (24, 25). Ett lägre hälsokapital vid födseln och negativa hälsochocker förväntas minska antalet arbetsdagar och således minska inkomsten. Individer efterfrågar och producerar olika nivåer av hälsa beroende på dess förväntade avkastning. På en effektiv marknad får individer inkomst utifrån sin marginalprodukt och kan således påverka sin inkomst genom investeringar i sin hälsa. Mer aktuella anpassningar av denna modell inkluderar arbeten av bl.a. Galama m.fl. (2018) (26) och Galama och van Kipperslius (2018) (27) men gemensamt för dessa och Grossman-modellen är att de fokuserar på hälso-relaterade investeringar i vuxen ålder och ser hälsokapital och medfödda förmågor, samt deras utveckling under barndomen, som givna (24-27). Det betyder att hur hälsa påverkar barns möjligheter inom skolan inte tas hänsyn till, trots att det troligen spelar en viktig roll för produktiviteten längre fram.

Epidemiologer har ofta ett livscykelerspektiv på hälsa som nationalekonomer historiskt sett inte har haft. Under senare år har ett teoretiskt ramverk utvecklats som kan hjälpa till att förstå hälsans betydelse för ett barns utveckling ur ett ekonomiskt perspektiv. Cunha och Heckman (2007) (28) och Heckman (2012) (29) beskriver utvecklingen av den kapacitet man har för att lyckas i skolan eller i arbetslivet som en dynamisk process över livscykeln (28, 29). De menar att kapaciteten beror på individens hälsa, medfödda och förskaffade förmågor, samt en rad andra bakomliggande faktorer. Detta ramverk belyser vikten av att ta hänsyn till vissa kritiska perioder under utvecklingen då exempelvis en negativ hälsochock kan vara särskilt skadlig, eller en policyåtgärd kan få särskilt stor effekt.

Hälsa, samt kognitiva och icke-kognitiva förmågor avgör till stor del den kapacitet man har för att lyckas inom studier eller på arbetsmarknaden, se figur 1.1. Kognitiva förmågor är relaterade till inlärning (minne), språklig förmåga och problemlösning medan exempel på icke-kognitiva förmågor skulle kunna vara egenskaper såsom motivation, preferenser, självbild eller samarbetsförmåga.

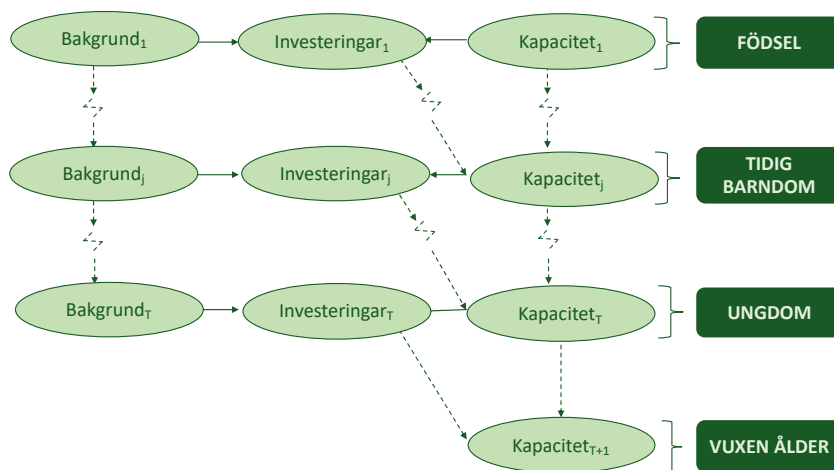
Figur 1.1 Hälsans betydelse för kapacitet och individens utfall vid en specifik ålder



Utfall kan vid vilken tidpunkt som helst representeras av ett utfall av intresse, exempelvis inkomst, och beror i sin tur på den kapacitet man har för att skaffa sig inkomst (kognitiva och icke-kognitiva förmågor samt hälsa), den ansträngning man gör för att skaffa inkomst, samt bakomliggande faktorer som har betydelse för intjäningsförmåga. Bakomliggande faktorer som har betydelse för inkomst skulle exempelvis kunna vara föräldrars socioekonomiska status, socialt stöd eller boendemiljö.

Utvecklingen av kapacitet under ett livstidsperspektiv beror dels på den kapacitet man har utvecklat i föregående period, men även på bakomliggande faktorer och investeringar, se figur 1.2. Investeringar skulle kunna vara utbildning eller tid och andra resurser som föräldrar investerar i sina barn, men det kan också handla om negativa investeringar såsom skadlig alkoholkonsumtion eller dålig fysisk aktivitet. Den kapacitet som anskaffats i en period överförs och påverkar kapaciteten i nästföljande period. En central idé är att denna effekt kan vara kumulativ (självförstärkande) över tid, dvs god hälsa och goda kognitiva och icke-kognitiva färdigheter kan förstärkas över tid medan kognitiva och icke-kognitiva svårigheter eller hälsochocker kan leda till sämre kapacitet. Centralt för förståelsen av denna teori är också idén om dynamisk komplementaritet som innebär att god hälsa och goda förmågor i en period har potential att höja produktiviteten på investeringar i nästföljande period.

Figur 1.2 En livscykelansats för utveckling av kapacitet, anpassad från Heckman (2012)



Modellen gör det tydligt att det finns synergieffekter mellan de olika faktorerna. Det betyder att utvecklingen av hälsa och olika förmågor och färdigheter på olika sätt skulle kunna påverkas genom politiska åtgärder. En reform som främjar psykisk hälsa bland barn skulle kunna öka kapaciteten för lärande, en utökad föräldraförsäkring skulle kunna leda till att föräldrar får mer tid med sina barn, och en investering i stöd och resurser för de med kognitiva svårigheter skulle kunna öka deras chanser på arbetsmarknaden. Modellen gör det också tydligt att effekten av en sådan investering skulle kunna skilja sig under olika perioder av livscykeln. Heckman (2012) menar att tidiga investeringar i kognitiv förmåga har visat sig särskilt effektiva, medan investeringar i icke-kognitiv förmåga visat sig effektiva också bland äldre barn och ungdomar (29). Enligt Heckman (2012) vet vi ännu inte särskilt mycket om dessa mekanismer för hälsa, och en utökad kunskap om särskilt kritiska eller känsliga perioder skulle vara av stort värde för utformandet av åtgärder (29).

Det teoretiska ramverk som presenterats ovan visar att hälsa har betydelse för ekonomins funktionssätt eftersom den påverkar arbetskraftens storlek och produktivitet. Effekten av psykisk ohälsa på ekonomins funktionssätt kan således undersökas genom dess effekt på utbildning, arbetsutbud och inkomst. Ramverket visar

också att hälsans effekt på utvecklingen av humankapital och senare arbetsmarknadsutfall kan skilja sig under individers livscykel förlopp. Således är det viktigt att studera effekten av psykisk ohälsa under olika perioder i livet. Av central betydelse är de självförstärkande mekanismer i utvecklingen av kapacitet som gör att små skillnader i hälsa tidigt under barndomen kan förstärkas och leda till stora socioekonomiska skillnader över ett livstidsperspektiv. Inte bara för att vi föds med olika hälsokapital utan för att bakgrundsfaktorer, timing av investeringar och hälsochocker påverkar utvecklingen av kapacitet. Implicit betyder detta att utvecklingen kan brytas med hjälp av samhällets påverkan, men resultaten blir bäst om man vet när hälsochocker har störst negativ påverkan och när investeringar gör mest nytta.



## 2 En begränsad kartläggande litteraturöversikt: Hur påverkar psykisk ohälsa ekonomins tillväxtförutsättningar?

### *Nyckelresultat:*

- *Psykiska besvär i bred mening någon gång under barndomen leder till betydligt sämre skolprestationer, lägre utbildningsnivå och sämre arbetsmarknadsutfall som vuxen. Både utagerande beteendestörningar såväl som inåtvända psykiska besvär bland barn och unga leder till sämre utbildnings- och arbetsmarknadsutfall. Det finns inte tillräckligt stöd i litteraturen för att säga att någon period under barndomen är särskilt känslig för psykiska besvär.*
- *Psykisk ohälsa bland vuxna leder till betydligt lägre arbetsutbud. Sannolikheten att vara yrkesarbetande minskar kraftigt, men även hur mycket man arbetar och hur mycket man är frånvarande från arbetet påverkas. Konsekvenserna av psykisk ohälsa i arbetsutbud är särskilt tydliga bland män.*
- *Det finns inte tillräckligt stöd i litteraturen för att dra slutsatser om hur konsekvenserna av psykisk ohälsa skiljer sig baserat på SES eller etnicitet.*

Målet med detta kapitel är att beskriva hur psykisk ohälsa skulle kunna påverka ekonomins funktionssätt genom dess effekt på tillväxtfaktorer såsom utbildning och arbetsmarknadsutfall. Detta görs genom en begränsad litteraturöversikt som kartlägger vad den befintliga forskningen säger om effekten av psykisk ohälsa på utbildning, arbete och inkomst. Som det teoretiska ramverket visar kan

ohälsa påverka dessa utfall i olika utsträckning beroende på när i livet ohälsan uppstår (se avsnitt 1.3). Därför studeras i denna litteraturoversikt konsekvenser av psykisk ohälsa under olika livsskeenden, bland yngre barn (<12 år), bland ungdomar (ca 13–18 år) och bland vuxna separat. Särskild fokus läggs också vid att kartlägga om studierna i fråga har studerat heterogena ekonomiska konsekvenser av psykisk ohälsa i olika befolkningsgrupper, exempelvis mellan kvinnor och män eller mellan grupper med olika socioekonomisk status eller etisk tillhörighet, och i så fall om effekten skiljer sig mellan dessa grupper. Valet att göra en begränsad översikt beror på att den tillåter mer flexibilitet än en systematisk översikt, vilket är lämpligt i detta fall eftersom ansatsen är bred och resurserna begränsade<sup>1</sup>. En sammanfattning av litteraturoversikten presenteras i avsnitt 2.6 och detaljerad information om de enskilda studierna samt resultat i korthet återfinns i tabeller A.2 och A.3 i appendix.

## 2.1 Inklusionskriterier och metod

Inom forskningen sker det ofta en avvägning mellan intern och extern validitet av forskningens resultat. Intern validitet handlar om hur bra man har skattat en effekt utan systematiska fel och extern validitet handlar om huruvida denna effekt kan överföras till andra sammanhang eller till befolkningen som helhet. Om man vill uppnå en viss nivå av intern validitet så gäller ofta den skattade effekten bara för ett specifikt urval av befolkningen, vilket betyder att fler antaganden om resultatens externa validitet måste göras. Vilka studier som bedöms relevanta för att besvara vad den befintliga forskningen säger om effekten av psykisk ohälsa på utbildning, arbete och inkomst, baseras på dessa avväganden och ligger till grund för de inklusionskriterier som gäller för denna litteraturoversikt. Inkluderas gör studier som undersöker effekten av exponering för psykisk ohälsa (alla definitioner av psykisk ohälsa som identifierats genom vårdregister, validerat screeninginstrument eller självrapporterad hälsa) på ekonomiska utfall (registerbaserad eller själv-

---

<sup>1</sup> se exempelvis "Handledning för litteraturoversikter" framtagen av Folkhälsomyndigheten för en djupare beskrivning av förutsättningar och metodsteg för kunskapsframtagande baserat på forskningslitteratur 30. Folkhälsomyndigheten. Handledning för litteraturoversikter 2017 [Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/handledning-for-litteraturoversikter/>].

rapporterad information om utbildning, inkomst, arbetsstatus samt utnyttjande av försörjningsstöd och andra socialförsäkringar). Studier som är genomförda i ett höginkomstland inkluderas eftersom detta medför en viss nivå av grundläggande sjukvård och utbildning som kan ha betydelse för de studerade sambanden. Studier som är publicerade mellan januari år 2005 och januari år 2019 inkluderas, vilket säkerställer resultatens aktualitet och relevans framöver. Slutligen krävs för inklusion att studiedesignen är utformad för att isolera effekten av psykisk ohälsa på utbildnings- eller arbetsmarknadsutfallet eller att reducera de systematiska fel som är kopplade till att mäta en kausal effekt av psykisk ohälsa (se avsnitt 2.2 nedan om svårigheter att mäta en kausal effekt av psykisk ohälsa).

Vi utgår ifrån en nyligen genomförd litteraturöversikt "Health and Economic Activity over the Lifecycle" som är publicerad som ett NBER working paper (31). Prinz m.fl. (2018) kartlägger vad den nationalekonomiska litteraturen säger om effekten av (o)hälsa på utbildning och arbetsmarknadsutfall i ett livscykelperspektiv (31). Livscykelperspektivet innebär att de studerar effekten av ohälsa både under barndomen och under vuxenlivet. Effekten av ohälsa studeras separat för olika typer av ohälsa, exempelvis miljö-relaterad ohälsa, cancer, fysiska hälsochocker, psykisk ohälsa etc. På liknande vis är denna översikt uppdelad på ekonomiska konsekvenser av ohälsa bland barn och unga respektive vuxna, men ett större fokus läggs på att identifiera konsekvenser av psykisk ohälsa under olika perioder av barndomen och endast effekten av *psykisk* ohälsa studeras. Prinz m.fl. (2018) inkluderar studier utförda i höginkomstländer, dock är en klar majoritet av de inkluderade studierna genomförda i USA (31). Vi söker därför efter fler relevanta studier i referens- och citationslistor (i Google Scholar) av studier inkluderade i Prinz m.fl. (2018) (31), dels för att hitta de allra senaste publikationerna, dels för att hitta fler studier från nordiska och västeuropeiska länder.

## 2.2 Att mäta en kausal effekt av psykisk ohälsa

Det finns vissa svårigheter med att mäta en kausal effekt av psykisk ohälsa på ekonomiska utfall. För det första föreligger det sannolikt ett dubbelriktat samband mellan psykisk ohälsa och de ekonomiska

utfallen. Psykisk ohälsa har påverkan på utbildning och arbete, men troligtvis har också förutsättningar inom skolan och arbete påverkan på psykisk ohälsa. För det andra finns det faktorer som påverkar både psykisk hälsa och de ekonomiska utfallen, exempelvis familjefaktorer, miljö, medfödd förmåga etc. som är svåra att observera. Eftersom dessa faktorer är svåra att observera är det också svårt att undersöka dess påverkan på de uppmätta sambanden.

De flesta studier som undersöker effekten av psykisk ohälsa bland barn använder sig av longitudinella enkätundersökningar, dvs undersökningar som repeteras vid flera tillfällen. Sådan data gör det möjligt att följa barn och unga över tid, och därmed mäta utfall i utbildning och arbete senare i livet. Några studier har även länkat till administrativa data i utbildnings och arbetsmarknadsregister. För att mäta effekten av psykisk ohälsa på utbildnings- och arbetsmarknadsutfall krävs dock relativt långa uppföljningsperioder och de flesta studierna undersöker barn som exponerades för psykisk ohälsa redan under 1990-talet. Detta kan eventuellt påverka resultatens överförbarhet till ett mer aktuellt sammanhang om vi tror att betydelsen av psykisk ohälsa för dessa utfall skiljer sig över tid.

Effekten av psykisk ohälsa bland barn och unga mäts i utbildnings- eller arbetsmarknadsutfall senare i livet vilket minskar risken att det är det omvända orsakssambandet som studeras, att exempelvis ett avbrott från skolan eller arbetslöshet orsakar ohälsan. De flesta studierna som undersöker effekten av psykisk ohälsa bland barn använder sig av fixa effekter (FE) mellan syskon (32-45) och tvillingar (33, 46). Förenklat innebär fixa effekter att man rensar bort alla faktorer som delas av en grupp i data och som potentiellt kan påverka utfallet. I det här fallet rensas alla de faktorer som delas av syskon och tvillingar bort. Vilka faktorer som kan tänkas påverka utfallet beror på vilken fråga som studeras, men exempel på faktorer som rensas bort mellan syskon skulle i det här fallet kunna vara familjeförhållanden och boendemiljö, och mellan tvillingar rensas genetiska faktorer bort. Genom att jämföra syskon (eller tvillingar) med olika exponering för psykisk ohälsa så kan man större sannolikhet att isolera effekten av enbart den psykiska ohälsan. Det krävs dock att man gör antaganden om att dessa faktorer verkligen delas mellan de syskon eller tvillingar som jämförs. Detta antagande minskar i trovärdighet med ålder eftersom barn i takt med att de blir äldre påverkas av andra faktorer som orsakar skillnader mellan

syskon eller tvillingar som inte går att kontrollera för genom fixa effekter, exempelvis umgänge med vänner eller mobbning av endast ett syskon. Andra problem med att använda fixa effekter mellan syskon är att det kan ske kompensation från föräldrar eller samhället riktat mot endast det syskon som har psykiska besvär, vilket skapar skillnader i utfallen som inte orsakats av psykisk ohälsa. Ytterligare ett potentiellt problem är att även det syskon som inte lider av psykiska besvär kan påverkas negativt av ohälsan. I så fall blir den uppmätta effekten, dvs den observerade skillnaden mellan syskonen, mindre än den faktiska effekten av ohälsan (35, 38).

Samma svårigheter uppstår när man studerar effekten av psykisk ohälsa bland vuxna på arbetsmarknadsutfall, särskilt när det gäller storleken på effekten. Psykisk ohälsa uppkommer ofta redan i ung ålder och när man studerar konsekvenser av psykisk ohälsa bland vuxna har det dubbelriktade sambandet mellan dålig hälsa och försämrad socioekonomisk position eventuellt redan pågått under en tid. I den ekonomiska litteraturen har det gjorts vissa ansträngningar för att hitta en kausal effekt av (fysisk) ohälsa på arbetsmarknadsutfall. Man har exempelvis använt sig av situationer såsom trafikolyckor, miljöförändringar eller pandemier, eller policy-förändringar av åldersgräns för alkohol, skatter på alkohol och tobak mm som skapar en förändring i hälsan som är slumpmässig. Om en förändring i hälsa är slumpmässig så är den inte påverkad av de andra faktorer som också påverkar utfallet, familjefaktorer, miljö, medfödd förmåga etc., och en kausal effekt av ohälsan kan mätas. Det är dock svårare att hitta passande situationer för att mäta en slumpmässig förändring i *psykisk* ohälsa.

Merparten av de studier som undersöker effekten av psykisk ohälsa bland vuxna använder tvärsnittsdata. Tvärsnittsdata innebär att man har uppgifter om ett antal egenskaper, exempelvis psykisk hälsa, arbetsstatus etc., som är uppmätta vid samma tidpunkt. Eftersom dessa egenskaper är uppmätta samtidigt så är det svårt att undersöka den kausala riktningen; har den psykiska ohälsan orsakat arbetslöshet eller har arbetslöshet orsakat psykisk ohälsa? Man kan då använda bakomliggande faktorer som man tror påverkar psykisk ohälsa för att mäta effekten av denna, s k instrumentvariabler. Egenskaper som har använts i detta syfte är dels faktorer som är konstanta över tid såsom psykisk ohälsa under barndomen (47-49), föräldrars psykiska hälsa under barndomen (47), om man blivit

utsatt för våld under barndomen eller växte upp med en ensamstående förälder (50), dels andra faktorer såsom religiositet (48, 51) social stöd från vänner och partners (51), skilsmässa (50), dödsfall hos en närstående vän eller släkting (52) och användning av läkemedel (53). Ett kriterium för att analyser med hjälp av instrumentvariabler ska lyckas är att den egenskap man använder har påverkan på den psykiska ohälsan, men inte har påverkan på det utfallet man önskar mäta effekten på. Detta är det s.k. exklusionskriteriet. Troligtvis påverkar flera av de nämnda instrumentvariablerna de utfall som studeras, vilket innebär att exklusionskriteriet inte uppfylls.

## **2.3 Konsekvenser av psykisk ohälsa bland barn och unga**

De studier som undersöker konsekvenser av psykisk ohälsa bland barn har främst undersökt effekten på kognitiv förmåga eller utbildningsutfall (32-39, 44, 46, 54), men några studier undersöker konsekvenser av psykiska besvär i andra utfall såsom försörjningsstöd (40, 41, 44), arbetsstatus (39-41, 43, 45) och inkomst (39-42). I en studie undersöks effekten av psykisk ohälsa bland barn på deras föräldrars arbetsutbud (55). Effekten av psykisk ohälsa har studerats både bland yngre barn (32, 35, 37, 38) och bland ungdomar (34, 36, 41-43, 54). En studie undersöker effekten av psykisk ohälsa under olika perioder av barndomen (44) och flera studier studerar effekten av psykisk ohälsa någon gång under barndomen (33, 39, 40, 45, 46).

### **2.3.1 Konsekvenser för utbildning och andra kognitiva utfall**

Salm och Schunk (2012) använder administrativa data från en stad i Tyskland för att studera effekten av psykiska besvär på kognitiva och verbala förmågor bland små barn redan i förskoleålder (32). De fann att psykiska besvär (särskilt hyperaktivitet) hade betydande negativa konsekvenser på kognitiva och verbala förmågor bland förskolebarn. De fann också att en betydande del av de socioekonomiska skillnaderna i kognitiva och verbala förmågor bland förskolebarn förklaras av att förekomst av psykisk ohälsa, samt ofördelaktiga konsekvenser

av dessa besvär, är ojämnt koncentrerade bland barn från familjer med låg SES (32).

Currie och Stabile (2006, 2007) använder i två olika studier surveydata från USA och Kanada för att studera effekten av psykiska besvär bland barn 4-11 år på senare utbildningsutfall (37, 38). Särskilt ADHD, men även andra beteendestörningar ökar risken att gå om en årskurs, att få specialundervisning och leder till sämre provresultat (37, 38). Inåtvända besvär såsom ångest och depression ökar risken att gå om en årskurs, men påverkar inte de andra utfallen (37). Resultaten påverkas inte signifikant av föräldrars SES (hushållets inkomst och moderns utbildning) (37, 38), förutom en något mindre risk att gå om en årskurs barn vars föräldrar hade högre SES (38). Resultaten visar också att konsekvenserna av medelsvår ADHD är liknande för flickor och pojkar, medan konsekvenserna av svårare störningar är värre för pojkar än för flickor (38). I en tredje studie undersöker Currie m.fl. (2010) effekten av ohälsa under olika perioder av barndomen (0-3, 4-8, 9-13, 14-18 år) på utbildningsnivå med hjälp av administrativa data (44). De finner att psykiska besvär av ADHD eller uppförandestörning (CD) under barndomen leder till mellan 2 och 13 procentenheter lägre sannolikhet att gå i skolan vid 17 års ålder. Det teoretiska ramverket visar att effekten av ohälsa kan vara självförstärkande över tid i vilket fall konsekvenserna skulle vara större ju yngre barnet är då besvären uppstår. Currie m.fl. (2010) finner att effekten ökar med ålder, vilket skulle kunna tyda på att en sådan här störning är särskilt skadlig ju senare under barndomen den uppstår. Däremot är ADHD eller CD under flera perioder av barndomen särskilt skadlig och associerad med 22 procentenheter lägre sannolikhet att gå i skolan vid 17 års ålder (44). De finner också att psykiska besvär tidigt under barndomen leder till ofördelaktiga utfall i utbildning oavsett senare hälsostatus, medan fysisk ohälsa tidigt under barndomen leder till sämre utbildning främst genom försämrad hälsa senare under barndomen (44). Det innebär att psykisk ohälsa bland barn kan leda till långsiktiga konsekvenser oavsett om den psykiska ohälsan försvinner, eventuellt då genom synergieffekter i kognitiva och icke-kognitiva förmågor.

Fletcher och Wolfe (2008) studerar effekten av ADHD bland 5-12 åringar på konsekvenser som antal år i skolan, betyg, tidiga avhopp och högre utbildning i USA och finner att ADHD inte har

konsekvenser för något av dessa utbildningsutfall (35). De använder självrapporterade retrospektiva besvär av ADHD som mått på psykisk ohälsa, dvs. ungdomar ställs frågan om de haft besvär av ADHD tidigare under barndomen. Det är möjligt att nuvarande omständigheter påverkar den retrospektiva uppfattningen av hälso-status, vilket är värt att beakta eftersom det kan påverka resultaten. Bland samma ungdomar i USA studerar Fletcher (2009) också långsiktiga konsekvenser av depression under ungdomen på utbildningsnivå (34). Fletcher (2009) finner att depression bland 13-18 åringar leder till signifikant kortare utbildning som ung vuxen (medelålder 22 år vid uppföljning), främst genom att depression ökar risken för avbrott av gymnasiestudier med 25-30 procentenheter (34). Studien visar också att lättare (subkliniska) besvär har en signifikant negativ effekt på utbildningslängd, vilket betyder att en stor del av den unga befolkningen har förhöjd risk för tidiga avbrott i skolan (34). Två andra studier undersöker effekten av psykiska problem bland ungdomar. De Ridder m.fl. (2013) undersöker hur koncentrations-/uppmärksamhetsproblem påverkar risken att avbryta gymnasiestudier i förtid bland ungdomar i Norge (36). De finner att koncentrations-/uppmärksamhetsproblem ökar risken med 70 %, däremot leder besvär som depression, ångest och sömnproblem inte till någon högre risk för avbrott (36). Konsekvenserna av koncentrations-/uppmärksamhetsproblem skiljer sig enligt resultaten inte mellan kön eller baserat på moderns utbildningsnivå (36). Ding m.fl. (2009) undersöker effekten av depression och ADHD på betyg bland high-school elever i USA och finner att depression, men inte ADHD, signifikant försämrar betygen (54). Dessutom, när flickor och pojkar analyseras separat så tyder resultaten på ofördelaktiga konsekvenser endast bland flickor (54). Resultaten går alltså till viss del i olika riktning när det gäller effekten av psykiska besvär bland ungdomar.

I tre studier undersöks konsekvenser av psykisk ohälsa någon gång under barndomen, det är alltså inte specificerat när under barndomen de psykiska besvären var förekommande. Smith och Smith (2010) finner att psykiska besvär (ett samlat mått av flera typer av besvär) och missbruksproblem av psyko aktiva substanser (när besvären studeras separat) leder till lägre utbildningsnivå bland barn i USA (drygt fyra respektive knappt nio månaders förlorad utbildning) (39). Däremot har inte depression någon signifikant



effekt på utbildning när olika psykiska besvär studeras separat (39). I en annan studie mäter Webbink m.fl. (2012) effekten av psykiska besvär genom att jämföra enäggstvillingar och finner att CD och depression leder till ökad risk för att repetera en årskurs, samt att depression även leder till sämre betyg och lägre utbildning (10 procentenheter lägre sannolikhet att avsluta gymnasiet) (46). I en svensk studie använder sig Lundborg m.fl. (2016) av administrativa data för att studera effekten av psykisk ohälsa under barndomen på antal utbildningsår vid 28 års ålder, också mellan enäggstvillingar (33). Psykiska besvär som faller under psykiatriska diagnoser ingår, såsom neurotiska syndrom och personlighetsstörningar, dock dokumenteras endast de besvär som kan tänkas påverka en persons förmåga att genomgå militärtjänstgöring. Resultaten visar att psykiska besvär inte har någon effekt på utbildningslängd om man jämför tvillingar (varken enäggs- eller tvåäggstvillingar) (33). Däremot finner de psykiska besvär är signifikant associerade med ungefär ett år av förlorade studier (33). Dessa resultat tyder på att genetiska faktorer och bakgrundsfaktorer som exempelvis boendemiljö förklarar en stor del av det negativa sambandet mellan psykiska besvär och utbildningsnivå (33).

### 2.3.2 Konsekvenser för ekonomiska utfall

Förutom konsekvenser av ADHD eller CD på utbildning (se ovan) så studerar Currie m.fl. (2010) även effekten av ADHD eller CD på sannolikhet för försörjningsstöd (44). De finner att den här typen av beteendestörningar under olika perioder av barndomen leder till upp till 6 procentenheter högre risk för att uppbära försörjningsstöd vid 19 års ålder, och i likhet med konsekvenserna i utbildning så blir effekterna större ju äldre barnet är när beteendestörningen mäts (44). Fletcher (2013) studerar också effekten av ADHD under barndomen (innan 12 års ålder) på försörjningsstöd och finner att sannolikheten ökar med 15 procentenheter. Han finner också signifikanta negativa effekter av ADHD på arbetsinkomst som minskar med ca en tredjedel och arbetsmarknadsdeltagande som är 10-14 procentenheter lägre (41). Denna studie genomfördes i USA och de negativa konsekvenserna är generellt värre bland de som under barndomen växte upp i familjer med låg inkomst jämfört med hög

inkomst (upp till tre gånger större effekt), samt bland etniska minoriteter med afro-amerikanskt och latinamerikanskt ursprung jämfört med kaukasiskt ursprung. Kvinnor och män har jämförbara konsekvenser i inkomst och arbetsmarknadsdeltagande, men kvinnor som led av ADHD under barndomen behöver oftare försörjningsstöd vid 19 års ålder jämfört med män (41). Även denna studie tar hänsyn till vilken ålder de psykiska besvär mäts och finner att tidiga besvär av ADHD är särskilt skadliga (41). Risken att inte delta på arbetsmarknaden är tre gånger så hög, och försämrad inkomst är dubbelt så hög, bland de som hade tidiga besvär av ADHD jämfört med de som hade senare besvär (tidiga och sena besvär mäts någon gång mellan 5 och 12 års ålder) (41).

I två nyligen genomförda studier undersöker Egan m.fl. (2016) och Mousteri m.fl. (2019) hur psykisk ohälsa under ungdom påverkar arbetsstatus som vuxen, samt hur dessa samband påverkas av konjunkturförändringar (43, 45). Egan m.fl. (2016) finner att psykiska besvär som depression och ångest bland amerikanska ungdomar leder till en högre risk för att vara utan arbete eller arbetslös (ca 5 procentenheter), samt till fler veckor av arbetslöshet (11 veckor) under den efterföljande tioårsperioden (43). Mousteri m.fl. (2019) finner att en psykiatrisk diagnos bland unga svenska män leder till signifikant ökad risk för arbetslöshet på lång sikt (upp till 65 års ålder) (45). Detta gäller för alla psykiatriska diagnoser som undersöks förutom depression, och störst påverkan har missbruksproblem som leder till mellan 7 och 9 fler arbetslösa dagar per år (45). Övriga psykiska besvär leder till mellan 3 och 7 fler arbetslösa dagar per år (46). Författarna i båda dessa studier visar också att konsekvenserna är särskilt svåra efter en lågkonjunktur (43, 45).

Smith och Smith (2010) och Lundborg m.fl. (2014) studerar mer långsiktiga ekonomiska konsekvenser av psykisk ohälsa någon gång under barndomen (39, 40). Smith och Smith (2010) mäter effekten av depression, missbruksproblem och andra psykiska besvär innan 17 års ålder på olika mått för inkomst (familjeinkomst och individuell arbetsinkomst) samt antal arbetsveckor upp till 40 år senare (39). Studien visar på signifikanta långsiktiga negativa effekter av något psykiskt besvär i alla utfallen (runt 25 procent reducerad familjeinkomst, \$4000 lägre årsinkomst och drygt fem arbetsveckor färre per år). När dessa besvär studeras separat så visar resultaten att depression och missbruksproblem leder till försämrad familjein-

komst, och depression leder även till färre antal arbetsveckor (39). Lundborg m.fl. (2014) studerar (liksom Moustéri m.fl. (2019)) effekten av psykisk ohälsa någon gång innan 18 års ålder på arbetsstatus, inkomst och sannolikhet att uppbära ersättning för olika typer av socialförsäkringar upp till 35 år senare, men skiljer inte på typ av besvär (40). Alla psykiatriska diagnoser som kan tänkas påverka en persons förmåga att genomgå militärtjänstgöring ingår i denna studie som ett samlat mått på psykiska besvär. Till skillnad från en annan studie av Lundborg m.fl. (2016) (se ovan) som undersökte sambandet mellan hälsa och utbildning, så använder de i denna studie inte jämförelser mellan tvillingar, utan jämför istället skillnader mellan syskon för att undersöka konsekvenserna av psykisk ohälsa. Resultaten visar att psykiska besvär leder till signifikant sämre arbetsmarknadsutfall senare i livet. Sannolikheten att vara i arbete är 11 procentenheter lägre för de som haft psykisk besvär och när de kontrollerar för bl.a. kognitiva och icke-kognitiva förmågor så är effekten reducerad till runt 5 procentenheter (40). Detta tyder på negativa synergieffekter mellan psykisk ohälsa och dessa kognitiva och icke-kognitiva förmågor, precis som det teoretiska ramverket implicerar. Psykisk ohälsa är också associerad med signifikant lägre inkomster men resultaten tyder på att denna effekt förklaras av om man arbetar eller ej, och dessutom, när analyser görs på endast de med inkomst över 100 000 kr per år så är inkomsteffekten betydligt mindre och knappt signifikant (40).

Liknande resultat finner vi i en norsk studie av Evensen m.fl. (2017) vars syfte är att studera effekten av olika psykiska besvär under ungdomen på senare inkomst (30-36 år), och dessutom att undersöka om effekten skiljer sig över inkomstfördelningen (42). De finner att psykiska besvär leder till runt 5 procent lägre inkomster men när specifika psykiska besvär studeras separat så är det endast uppmärksamhetsstörning (ADD) som leder till lägre inkomst. Analyserna visar också att sambandet skiljer sig avsevärt beroende på hur hög inkomst man har. Psykisk ohälsa är associerad med större relativa inkomstförluster, särskilt bland fjärdedelen med allra lägst inkomst (42).

Psykisk ohälsa bland barn kan också påverka föräldrarnas arbetsutbud. Kvist m.fl. (2013) studerar effekten av ADHD bland danska barn på deras föräldrars arbetsutbud upp till 10 år efter barnets födsel (förstfödda) (55). En ADHD diagnos bland dessa barn är

associerat med 7–13 % lägre deltagande på arbetsmarknaden bland deras föräldrar. Hur mycket föräldrarna arbetar (antal arbetsdagar) är signifikant lägre bland både mödrar och fäder, och för mödrar påverkas även arbete på den extensiva marginalen, dvs om man arbetar överhuvudtaget (55).

## **2.4 Konsekvenser av psykisk ohälsa bland vuxna**

Konsekvenser av psykisk ohälsa bland vuxna studeras främst i egna arbetsmarknadsutfall men några studier undersöker också effekten av psykisk ohälsa bland föräldrar på deras barns utbildning (56-58). Alla studier som undersöker arbetsmarknadskonsekvenser av psykisk ohälsa studerar arbetsutbudet på den extensiva marginalen, dvs att vara i arbete eller inte (oavsett hur mycket man arbetar). Ett antal studier undersöker också vilken effekt psykiska besvär har på den intensiva marginalen, dvs hur mycket man arbetar (47-49, 51, 59, 60), frånvaro från arbetet (48, 49, 60) och inkomst eller lön (47, 60). Studier på effekten av psykisk ohälsa på arbetsmarknadsutfall har gjorts i USA (47-49, 51, 60), i Australien (52, 53, 61), i Frankrike (50) och i Sverige (59).

### **2.4.1 Konsekvenser av föräldrars psykiska ohälsa i barns utbildning**

I tre studier undersöks effekten av föräldrars psykiska hälsa på barns prestationer i skolan. Två studier finner inga eller få resultat som tyder på att föräldrars psykiska hälsa påverkar barns utbildning. Frank och Meara (2009) finner att depression och missbruksproblem hos mödrar till 7-10 åringar i USA inte påverkar barnens matematiska färdigheter eller läsförståelse, varken vid 7-10 eller 11-14 års ålder (57). Mer nyligen finner Le m.fl. (2017) liknande resultat i en australiensisk studie; psykiska besvär hos föräldrar till 4-5 åringar i Australien inte har någon generell negativ påverkan på provresultat i årskurs 3, 5 och 7 (58). De finner dock att psykiska besvär bland mödrar påverkar läsförståelse, men detta mått är endast en av 7 olika indikatorer för prestationer i skolan (58). Dessutom är effekten på sämre läsförståelse endast signifikant bland barn från familjer med låg SES (hushållsinkomst) när analyserna görs i olika

inkomstgrupper (58). I en studie finner Dahlen m.fl. (2016) att depression hos mödrar till barn i förskoleålder i USA har negativ påverkan på kognitiv förmåga och leder till försämrad matematisk förmåga i förskoleålder och försämrad läsförståelse i tredje årskurs (56). Kunskapsläget gällande huruvida föräldrars psykiska hälsa påverkar barns prestationer i skolan är således oklart.

## 2.4.2 Konsekvenser i arbetsmarknadsutfall

Effekten av psykiska besvär på flera olika arbetsmarknadsutfall undersöks i fem amerikanska studier (47-49, 51, 60). Chatterji m.fl. (2011) undersöker effekten av psykiska besvär på arbetsstatus, arbetade timmar och inkomst (47). Banerjee m.fl. (2017) undersöker effekten av psykiska besvär på arbetsstatus, arbetade veckor och frånvaro från arbetet (49) och Peng m.fl. (2015) undersöker effekten av depression på arbetsstatus, arbetade timmar, timlön, och frånvaro (60). Dessa tre studier finner att psykiska besvär leder till signifikant lägre sannolikheter för att vara i arbete på drygt 2 procentenheter (60) 14 procentenheter (47) och 10 respektive 19 procentenheter för kvinnor och män (49). Den relativt lägre effekten i Peng m.fl. (2015) kan eventuellt förklaras med att de använder ett mer specifikt mått på psykisk ohälsa (depression) än de andra studierna. Bland de som är i arbete verkar psykiska besvär inte direkt påverka arbetsinkomst (47) eller timlön (60). Däremot finner man i de tre studierna olika resultat gällande konsekvenser på hur mycket man arbetar och frånvaro från arbetet. Banerjee m.fl. (2017) visar att de med psykiska besvär arbetar 4 veckor mindre per år och är frånvarande från arbetet två dagar mer per månad (49), och Peng m.fl. (2015) visar att depression leder till högre risk för frånvaro, men endast med runt en dag per år (60). Varken psykiska besvär eller specifikt depression påverkar antal arbetstimmar per vecka (47, 60). Resultaten i dessa tre studier tyder på att psykiska besvär påverkar sannolikheten att vara i arbete eller delta på arbetsmarknaden särskilt bland män. I Chatterji m.fl. (2011) är den negativa effekten signifikant bara bland män (47) och i de två andra studierna är effekterna ungefär dubbelt så stora bland män jämfört med kvinnor (49, 60).

I två av de amerikanska studierna studeras effekten av psykisk ohälsa på arbetsmarknadsutfall med explicit fokus på hur etnisk

bakgrund och invandrarbakgrund påverkar detta samband (48, 51). Chatterji m.fl. (2007) undersöker hur psykisk ohälsa påverkar arbetsmarknadsutfall i två etniska minoritetsgrupper, en grupp med latinamerikanskt ursprung och en grupp med asiatiskt ursprung. De finner att psykiska besvär leder till lägre sannolikhet att vara i arbete, 22 respektive 11 procentenheter bland latinamerikanska kvinnor och män, och bland de som har ett arbete så leder psykiska besvär till en högre sannolikhet för att ha varit frånvarande från arbetet någon gång den senaste månaden bland latinamerikanska kvinnor och män (48). Resultaten tyder inte på att psykisk hälsa påverkar hur många veckor man arbetar (om man redan är i arbete) (48). Arbetsmarknadskonsekvenserna av psykisk ohälsa är större i den socioekonomiskt mer utsatta latinamerikanska gruppen än i den asiatiska gruppen, men i jämförelse med tidigare analyser av majoritetsgruppen (USA-födda befolkningen främst av kaukasiskt ursprung) verkar resultaten inte tyda på att etniska minoritetsgrupper drabbas av värre arbetsmarknadskonsekvenser (48). I studien undersöks effekten av depression, ångest och missbruksproblem, separat och kombinerat, och resultaten tyder på att depression är särskilt skadligt för sannolikheten att vara i arbete i alla grupperna (48). Ojeda m.fl. (2009) undersöker hur invandrarbakgrund påverkar förhållandet mellan psykisk ohälsa och arbetsstatus (om man är i arbete och om man arbetar heltid eller deltid) (51). De använder två mått med olika svårighetsgrad, psykiska besvär (ångest, depression och schizofreni och andra sjukdomar med psykotiska inslag såsom bipolär sjukdom) och svårare psykiska besvär med psykotiska inslag. De finner att psykiska besvär påverkar sannolikheten att vara i arbete bland USA-födda kvinnor och män (57 respektive 71 procentenheter lägre sannolikhet) men när man mäter svårare psykiska besvär så påverkar det sannolikheten att vara i arbete även bland invandrade män (76 procentenheter lägre sannolikhet) (51). Svårare psykiska besvär har också betydelse för hur mycket man arbetar (om man redan är i arbete) och då bara hos USA-födda kvinnor och män (51). Resultaten i denna studie tyder alltså på att majoriteten av befolkningen (dem utan invandrarbakgrund), drabbas av svårare arbetsmarknadskonsekvenser än dem med invandrarbakgrund (51), men det är möjligt att dessa resultat speglas av ett mindre urval av personer med invandrarbakgrund.

Effekten av psykisk ohälsa på arbetsmarknadsutfall har undersökts även i Australien. Fritjers m.fl. (2014), Vecchio m.fl. (2014) samt Zhang m.fl. (2009) studerar alla effekten av psykiska besvär på arbetsmarknadsdeltagande och finner negativa samband (52, 53, 61). Fritjers m.fl. (2014) finner att psykiska besvär minskar sannolikheten att vara i arbete med 32 respektive 27 procentenheter för kvinnor och män (52). När analyserna görs separat i grupper med olika ålder och SES så är effekten signifikant bara bland äldre kvinnor och män (>40 år) och bland dem med låg SES (icke-kvalificerade yrken) (52). Vecchio m.fl. (2014) mäter psykiska besvär med en graderad skala mellan 10 och 50 och finner att en marginell ökning av psykiska besvär leder till 2.1 och 1.3 procentenheter lägre deltagande på arbetsmarknaden för kvinnor respektive män (53). De undersöker även hur läkemedel påverkar det studerade sambandet och resultaten tyder på att läkemedel för ökat välbefinnande signifikant dämpar de negativa effekterna på arbetsmarknadsdeltagande (53). Bland män som lider av psykiska besvär och får läkemedel finns det ingen påverkan på arbetsdeltagande (53). Zhang m.fl. (2009) finner att psykiska besvär minskar sannolikheten att delta på arbetsmarknaden med 5 respektive 26 procentenheter bland australiensiska män 18-49 år och 50-65 år, bland kvinnor hittades inget signifikant samband (61).

I endast två studier studeras arbetsmarknadskonsekvenser av psykisk ohälsa i Europa (50, 59). Barnay och Defebvre (2016) studerar effekten av depression eller ångest på sannolikheten att behålla arbetet i Frankrike, och finner att denna minskar signifikant med 13 procentenheter efter depression eller ångest, fast bara bland män (50). Bharadway m.fl. (2015) undersöker hur psykisk ohälsa påverkar anknytning till arbetsmarknaden under ekonomisk nedgång, och huruvida om man arbetar inom den privata eller offentliga sektorn påverkar resultaten (59). De finner att risken för att uppbära arbetslöshetsersättning ökar signifikant med hälften (ungefär 8 procentenheter), och andelen av total inkomst som utgörs av arbetslöshetsersättning ökar med mer än två tredjedelar (ungefär 4.7 procentenheter) om man varit inlagd på sjukhus på grund av "någon psykiatrisk slutenvårdsdiagnos", men bara om man arbetar inom den privata sektorn (59).

## 2.5 Generaliserbarhet av existerande litteratur till en svensk kontext

Syftet med litteraturoversikten är att undersöka vad den befintliga nationalekonomiska forskningen säger om effekten av psykisk ohälsa på utbildning, arbete och inkomst. Eftersom det finns flera svårigheter med att mäta en kausal effekt av psykisk ohälsa på ekonomiska utfall så är den här typen av studier är relativt ovanliga. Merparten av de studier som undersöker effekten av psykisk ohälsa är genomförda utanför Sverige/Norden. Av totalt 30 inkluderade studier så är 16 genomförda i Nordamerika, fem studier genomförda i Australien och resterande nio studier genomförda i europeiska länder (Sverige n=4, Norge n=2, Danmark n=1, Tyskland n=1 och Frankrike n=1). Troligtvis skiljer sig förutsättningarna gällande exempelvis sjukförsäkringssystem, utbildningssystem, anställningslagstiftning mellan flera av dessa länder och det kan således ifrågasättas om exempelvis konsekvenser av psykisk ohälsa på utbildning bland amerikanska barn speglar de konsekvenser som gäller för barn i Sverige, dvs om resultaten från litteraturoversikten kan generaliseras till befolkningen i Sverige.

Liknande avvägningar bör också göras gällande resultatens aktualitet. Flera studier som undersöker långsiktiga konsekvenser av psykisk ohälsa under barndomen har långa uppföljningsperioder och exponering för psykisk ohälsa mättes i vissa fall redan under slutet av 1900-talet. Även om en sådan studie skulle vara genomförd i Sverige så skiljer sig troligtvis förutsättningarna för de barn som exponeras för psykiska besvär då och nu, vilket också påverkar resultatens överförbarhet till det aktuella sammanhanget.

I det fall resultaten av litteraturoversikten inte speglar aktuella förhållanden på grund av att förutsättningarna för de som drabbas av psykisk ohälsa har förändrats över tid, så är det vår bedömning att de faktiska konsekvenserna är mindre än de som presenterats, dels på grund av minskad stigma kring psykisk ohälsa, dels på grund av att kunskaperna och medvetenheten kring dessa problem har ökad vilket (generellt) leder till förbättrat stöd för de som drabbas. I det fall resultaten inte skulle spegla aktuella förhållanden på grund av skillnader i studiepopulationerna så är det även i detta fall vår bedömning att de faktiska konsekvenserna borde vara mindre än de presenterade, detta på grund av att de samhällsliga funktioner som



skulle kunna dämpa de negativa konsekvenserna, socialförsäkring, arbetsmarknadslagstiftning osv, generellt är mer utbredda i Sverige jämfört med exempelvis USA. Denna bedömning speglas av författarnas subjektiva bedömning och är till viss del spekulativ, men det är ändå viktigt att reflektera kring hur tolkningen av resultaten påverkas av den externa validiteten. Det omvända är också möjligt, särskilt för utfall som arbetsfrånvaro. Om man drabbas av psykisk ohälsa och bor i ett land med sämre skyddsfunktion vid sjukdom så är det möjligt att man helt enkelt inte har möjlighet att stanna hemma från arbetet.

## 2.6 Sammanfattande resultat litteraturoversikt

Den forskning som i nuläget finns att tillgå visar på tydliga ofördelaktiga samband mellan psykiska besvär hos barn och unga, och senare utbildnings- och arbetsmarknadsutfall. Litteraturoversikten visar att utagerande beteendestörningar som ofta uppkommer under barn- och ungdom har tydliga negativa konsekvenser i olika utbildningsutfall och leder till sämre kognitiva prestationer redan i förskoleålder (32) och bland små skolbarn (37, 38), samt ökar risken för att avbyta studier i förtid både bland barn och ungdomar (36, 44). För andra typer av psykiska besvär så visar litteraturoversikten att även inåtvända besvär såsom depression leder till sämre utbildningsutfall. Depression bland mindre barn ökar risken att gå om en årskurs men verkar inte påverka prestationer eller behov av specialutbildning (37). Depression bland ungdomar eller någon gång innan 18 års ålder leder däremot till sämre betyg (46, 54) och lägre utbildningsnivå (34, 46). Det finns också studier som visar att psykisk ohälsa (för vissa mått) inte påverkar utbildning (33, 35, 36, 54) men överlag tyder resultaten trots allt på att konsekvenserna av både utagerande och inåtvända psykiska besvär har ofördelaktiga konsekvenser för barns och ungdomars utveckling av humankapital.

Litteraturoversikten visar att psykisk ohälsa under barn- och ungdom även leder till ofördelaktiga arbetsmarknadskonsekvenser. Psykiska besvär ökar risken för försörjningsstöd (41, 44) och ökar sannolikheten för att uppbära någon typ av socialförsäkring (40). ADHD bland mindre skolbarn (41) och besvär av depression eller ångest under ungdom (43) minskar sannolikheten att vara i arbete

som ung vuxen. Psykiska besvär någon gång under barndomen har också konsekvenser för sannolikheten att vara i arbete på längre sikt senare i arbetslivet (39, 40, 45). Resultaten tyder på att olika typer av psykiska problem, både utagerande besvär såsom ADHD, ADD och missbruksproblem och inåtvända problem såsom depression och ångest, påverkar arbetsdeltagande (40, 41, 43, 45) och inkomst (39-42). När de olika psykiska besvären studeras separat så tyder dock resultaten på att missbruksproblem (39, 45) och ADD (42) är särskilt skadliga.

När det gäller effekten av psykisk ohälsa bland vuxna på arbetsmarknadsutfall så skiljer sig resultaten något. Litteraturoversikten visar att även bland vuxna har psykisk ohälsa betydande negativa effekter på arbete på den extensiva marginalen, dvs. sannolikheten att ha ett arbete överhuvudtaget (oavsett hur mycket man arbetar) (47-53, 59-61). Däremot, och till skillnad från konsekvenser av psykisk ohälsa bland barn och ungdomar, så tyder resultaten inte på att psykisk ohälsa bland vuxna leder till försämrad arbetsinkomst eller lön (47, 60). De studier som undersöker effekten av psykisk ohälsa på frånvaro från arbetet finner alla att ohälsa ökar frånvaro från arbetet (48, 49, 60), men när det gäller effekten på hur mycket man arbetar så skiljer sig resultaten till viss del. Psykisk ohälsa har ingen effekt på hur många timmar man arbetar per vecka (47, 60) men för antal arbetsveckor per år så skiljer sig resultaten (48, 49). Däremot verkar svåra psykiska besvär ha större påverkan på hur mycket man arbetar, svårare psykiska besvär med psykotiska inslag minskar sannolikheten att arbeta heltid (vs deltid) (51) och att ha en psykiatrisk slutenvårdsdiagnos ökar hur mycket av din totala inkomst som utgörs av arbetslöshetsersättning (59).

Några studier visar att föräldrars socioekonomiska status har betydelse för hur psykisk ohälsa påverkar kognitiva utfall (32), sannolikheten att gå om en årskurs (37, 38) och senare arbetsmarknadsutfall (41, 42). Generellt så är det dock relativt få studier som undersöker hur socioekonomisk status påverkar konsekvenserna av psykisk ohälsa, vilket är förvånande eftersom en generell föreställning inom litteraturen är att barn vars föräldrar har lägre inkomst har sämre förutsättningar att kompensera för ohälsan (se exempelvis (62)). Även i de studier som undersöker konsekvenser av psykisk ohälsa bland vuxna så läggs liten vikt vid att undersöka huruvida dessa samband skiljer sig mellan olika socioekonomiska

grupper. Bara i en studie finner man att de negativa arbetsmarknadskonsekvenserna av psykisk ohälsa är kraftigt reducerade bland dem med högkvalificerade yrken (52). Skillnader mellan etniska minoritetsgrupper undersöks också i få studier, bland annat finner man att konsekvenserna av psykisk ohälsa är större bland dem med sämre socioekonomiska förutsättningar (lägre utbildning) när man jämför mellan olika etniska minoritetsgrupper (48).

När det gäller skillnader mellan könen så finns det begränsat stöd i de undersökta studierna för att effekten av psykisk ohälsa bland barn och unga på utbildning skiljer sig mellan flickor och pojkar, och inget stöd för att effekten på arbete och inkomst skulle skilja sig mellan könen. Bland vuxna, däremot, tar nästan alla studier hänsyn till heterogena effekter mellan kvinnor och män. Tre studier finner att effekten av psykisk ohälsa på arbetsutbud är signifikant endast bland män (ingen effekt bland kvinnor) (47, 50, 61) och lika många studier finner att effekten är större hos män jämfört med kvinnor (49, 51, 60). Några (men färre) studier finner även det omvända, att konsekvenserna är betydligt större (53) och något större (52) bland kvinnor. Vi kan inte se några särskilda samband mellan de studier som visar på större konsekvenser för det ena eller det andra könet, förutom att de studier som visar att kvinnor drabbas av svårare konsekvenser båda är från Australien (52, 53). När det gäller skillnader mellan olika befolkningsgrupper så finns det några tecken på att SES, etnicitet och kön är kopplat till ojämlika konsekvenser av psykisk ohälsa, det finns dock begränsad kunskap om hur konsekvenserna av psykisk ohälsa skiljer sig. Det finns ett behov av en bättre kunskap om hur SES samvarierar med andra riskfaktorer för att förstå om, och i så fall varför, vissa grupper drabbas av värre konsekvenser av psykisk ohälsa.

Slutligen visar översikten att psykisk ohälsa kan leda till ofördelaktiga konsekvenser mellan föräldrar och barn, alltså att psykisk ohälsa bland barn leder till lägre arbetsutbud hos föräldrar (55) och att psykisk ohälsa bland föräldrar leder till sämre utbildning hos deras barn (56), men generellt är det befintliga forskningsunderlaget på detta område tunt och de resultat som finns går i olika riktning.

Som nämnts finns det en del svårigheter kopplat till att mäta en kausal effekt av psykisk ohälsa. Enligt Prinz m.fl. (2018) bör de resultat som finns i den nationalekonomiska litteraturen snarare tolkas som samband, särskilt på grund av att det finns få studier med

tillgång till administrativa data (31). Enligt oss har det gjorts vissa ansträngningar för att bemöta flera av de svårigheter som är koppade till att mäta effekter av psykisk ohälsa, och jämfört med enkla associationer så har flera studier kommit en bra bit på vägen. Vår bedömning är att resultaten har större trovärdighet än enkla associationer, men inte bör tolkas som kausala effekter. Detta stöds också av de analyser som visar att resultaten skiljer sig när man jämför storleken på enkla associationer som är betydligt större än de effekter som beräknats med fixa effekter.

Det är svårt att genom denna litteraturöversikt komma fram till enkla och tydliga svar eftersom de inkluderade studierna till stor del skiljer sig metodologiskt, dvs. studerar konsekvenser av olika typer av psykiska besvär i olika utfall för utbildning och arbete, och i varierande studiepopulationer. Det finns viss osäkerhet i hur de uppmätta effekterna kan generaliseras till Sveriges befolkning, både eftersom få av de inkluderade studierna är genomförda i Sverige/Norden och eftersom studierna i flera fall mäter exponering för psykisk ohälsa under slutet av 1900-talet. Slutsatserna från litteraturöversikten är ändå att psykisk ohälsa, både utagerande och inåtvända psykiska besvär, påverkar utvecklingen av humankapital bland barn och unga, samt påverkar sannolikheten att arbeta bland vuxna på sätt som får betydande konsekvenser för ekonomins funktionssätt.

### 3 Utvecklingen av psykiska ohälsa under 2000-talet i Sverige

#### *Nyckelresultat:*

- *Utagerande beteendestörningar såsom ADHD är de vanligast förekommande psykiska besvären bland barn i alla åldrar, men besvären är dubbelt så vanliga bland pojkar jämfört med flickor. Diagnosticeringen för dessa besvär ökar, även bland vuxna, men ökningen kan tyda på att fler får hjälp för sina besvär, i vilket fall utvecklingen inte bör tolkas som en ökning av ohälsan i sig.*
- *Inåtvända besvär såsom depression och ångest är vanligt förekommande bland ungdomar och unga vuxna, dessa besvär är tre gånger så vanliga bland flickor jämfört med pojkar och dubbelt så vanliga bland unga kvinnor jämfört med unga män. Besvären ökar över tid, även gällande självrapporterade besvär, vilket borde tyda på en faktisk ökning av inåtvända psykiska besvär.*
- *Psykiska besvär både av inåtvända och utagerande typ är vanligt förekommande bland alla vuxna, men de flesta problemen minskar med ålder och psykiska besvär är mindre vanliga bland medelålders vuxna jämfört med yngre grupper. Utvecklingen tyder inte på att den psykiska ohälsan har ökat över tid bland medelålders vuxna som helhet, däremot verkar vissa grupper (exempelvis kvinnor, lågutbildade och ej sysselsatta) få försämrad psykisk ohälsa.*
- *De socioekonomiska skillnaderna i psykisk ohälsa har ökat kraftigt över tid och det är femtedelen av befolkningen med allra lägst inkomster som är särskilt drabbad.*

I föregående kapitel presenteras en litteraturöversikt över hur psykisk ohälsa skulle kunna påverka ekonomins tillväxtförutsättningar genom dess effekt på utbildning och arbete. Den existerande forskningen visar att psykisk ohälsa leder till ofördelaktiga ekonomiska utfall hos barn, ungdomar och vuxna vilket kan ha negativ påverkan på ekonomins funktionssätt, men vad betyder det för Sveriges ekonomi? För att få en bättre förståelse för vilken betydelse konsekvenserna av psykisk ohälsa skulle kunna få för Sveriges ekonomiska tillväxtförutsättningar framöver så behöver vi veta hur den psykiska ohälsan har utvecklats i Sverige, dels i olika befolkningsgrupper och dels för olika psykiska besvär.

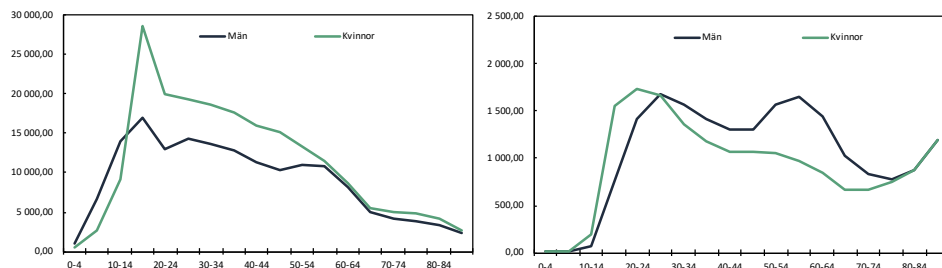
Psykisk ohälsa förekommer i alla åldrar men för tre fjärdedelar av de som någon gång drabbas av psykiska besvär upptäcks besvären redan som barn eller ung vuxen (17, 63). I de fall besvären upptäcks i högre ålder handlar det ofta om samsjuklighet med ett annat sjukdomstillstånd (17) eller att besvären uppmärksammas först i högre ålder (63). Dock skiljer sig medianåldern för olika typer av besvär; ångestsyndrom och beteendestörningar såsom hyperaktivitetsstörning (ADHD) och uppmärksamhetsstörning (ADD) upptäcks ofta redan i barndomen medan förstämningssyndrom som depression och beteendestörningar orsakade av psyko aktiva substanser upptäcks först i ungdom eller som ung vuxen (17). När det gäller olika typer av psykiska besvär så skiljer sig dessa en del mellan könen, överlag är utagerande problem såsom beteendestörningar och missbruksproblematik vanligare hos pojkar och män medan inåtvända besvär såsom depression och ångest är vanligare hos kvinnor (64). Bland barn diagnosticeras fler pojkar än flickor för psykiatriska öppenvårdsdiagnoser innan 15 års ålder, sedan är kvinnor överrepresenterade under livsloppet fram till runt pensionsåldern då diagnoser inom öppenvården är lika vanligt mellan kvinnor och män (se figur 3.1)<sup>3</sup> (65). För slutenvårdsdiagnoser är förhållandet det omvända, fram till runt 30 års ålder är kvinnor överrepresenterade och därefter får män oftare en slutenvårdsdiagnos (65).

---

<sup>3</sup> Det trendbrott som kan ses vid 18 års ålder för psykiatriska diagnoser inom den specialiserade öppenvården beror på att många flyttas från öppenvården till primärvården när de fyller 18 år, detta ska alltså inte tolkas som att besvären minskar. Den period av högre förekomst av slutenvårdsdiagnoser som kan ses för män i övre medelåldern beror på en ökad förekomst av diagnoser för psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psyko aktiva substanser F10-F19.

Observera att skalorna skiljer sig mellan diagrammen som beskriver diagnoser inom öppen- och slutenvården i detta avsnitt.

Figur 3.1 Psykiatriska diagnoser (ICD-10 F00-F99) i Sverige år 2017, antal besök per 100 000 invånare i öppenvård (vänster) och antal vårdtillfällen per 100 000 invånare i slutenvård (höger)



Källa: Socialstyrelsen patientregistret.

I detta avsnitt beskriver vi hur psykisk ohälsa, dels självrapporterade psykiska besvär dels psykiatriska diagnoser, har utvecklats sedan år 2001. Med självrapporterade psykiska besvär bland barn menas att barnet anger att det lider av daglig nedstämdhet. Siffrorna kommer från undersökningen Skolbarns hälsovanor som genomförs vart fjärde år av Folkhälsomyndigheten. Med självrapporterade psykiska besvär bland vuxna menas att man uppgett att man lider av stress; svår stress; ängslan, oro och ångest; eller svår ängslan, oro och ångest; eller att man har haft nedsatt psykiskt välbefinnande under de senaste veckorna. Dessa uppgifter kommer från Nationella folkhälsoenkäten-Hälsa på lika villkor (HLV) som samlas in årligen av Folkhälsomyndigheten. Psykiatriska öppen- och slutenvårdsdiagnoser visas separat för de vanligaste diagnosgrupperna<sup>4</sup>, psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psyko aktiva substanser F10-F19, förstämningssyndrom F30-F39, neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom F40-F48, samt beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under

<sup>4</sup> Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psyko aktiva substanser F10-F19 är störningar som orsakats av exempelvis alkohol och droger, förstämningssyndrom F30-F39 är depressiva syndrom med eller utan psykotiska besvär, neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom F40-F48 är exempelvis ångestsyndrom och reaktioner på stress/utmattning, och beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid F90-F98 är exempelvis ADHD, ADD och andra utagerande störningar. F10-F19, F30-F39 och F40-F48 är de tre vanligaste diagnosgrupperna för psykiatrisk slutenvård, F30-F39, F40-F48 och F90-F98, är de tre vanligaste diagnosgrupperna för psykiatrisk öppenvård.

barndom och ungdomstid F90-F98. Vi refererar härefter till dessa fyra diagnosgrupper som missbruksproblem, depressionssyndrom, ångestsyndrom, samt utagerande beteendestörningar. Uppgifter om dessa diagnoser kommer från Patientregistret och dokumenteras av Socialstyrelsen.

För att ta hänsyn till att olika psykiska besvär uppkommer och är prevalenta under olika livsskederna, samt att kunna koppla prevalens till slutsatserna från litteraturen så beskrivs utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn (<12 år), ungdomar (13–17 år), unga vuxna (18–29 år) och medelålders vuxna (30–65 år) separat. De specifika åldersgrupperna skiljer sig dock i vissa fall beroende på att statistiken rapporterats i varierande åldersgrupper. Trenderna beskrivs också separat för flickor och pojkar, samt för kvinnor och män. Bland barn beskrivs trender i självrapporterad nedstämdhet i grupper baserat på föräldrars utbildningsnivå, ensamstående och sammanboende föräldrar, samt bland utrikes och inrikes födda barn. Dessa uppgifter kommer från Undersökningarna av levnadsförhållanden för barn (barn-ULF) som samlas in årligen av SCB. Orsaken att vi väljer olika källor för att beskriva trender i psykisk ohälsa över tid och trender i olika befolkningsgrupper är dels att Skolbarns hälsovanor har uppgifter om barns psykiska hälsa från den period vi ämnar studera, och har dessutom mer konsekventa frågeställningar över tid (mellan de olika undersökningarna) vilket gör att dessa uppgifter lämpar sig bättre för att beskriva trender över tid. Fördelen med barn-ULF är att den innehåller uppgifter om psykiska besvär uppdelat på hushållets SES, utländsk bakgrund mm, vilket också är viktig information om man vill beskriva ojämlikheter i psykisk ohälsa. Bland vuxna beskrivs psykisk ohälsa i olika socioekonomiska grupper i befolkningen, samt bland utrikes och inrikes födda. Ojämlikhet i självrapporterad psykisk ohälsa beskrivs med uppgifter om självrapporterad ångest från HLV och ojämlikhet i psykiatriska diagnoser<sup>5</sup> mäts med uppgifter från the Swedish Interdisciplinary Panel (SIP) som administreras av Centrum för Ekonomisk Demografi, Lunds Universitet. SIP innehåller registerdata från Patientregistret med uppgifter om psykiatriska diagnoser (sluten- och öppenvård) kopplade till demografiska och socioekonomiska uppgifter från andra

---

<sup>5</sup> Ojämlikhet i psykisk ohälsa bland vuxna mäts endast för självrapporterad ångest och psykiatriska diagnoser (öppen- och slutenvård) mäts endast kombinerat för följande diagnosgrupper (ICD-10) F20-F29, F30-F39, F40-F48 och F60-F69.



registerkällor, exempelvis LISA (SCB) och registret över totalbefolkningen (SCB). Vi refererar både till relativa och absoluta skillnader i psykisk ohälsa. Med relativ ojämlikhet avses en proportionell skillnad mellan grupper och med absolut ojämlikhet avses en faktisk skillnad mellan grupper. Exempelvis skulle skillnaden i medellivslängd i antal år mellan två grupper reflektera en absolut ojämlikhet, medan kvoten av de förväntade medellivslängderna skulle reflektera en relativ ojämlikhet.

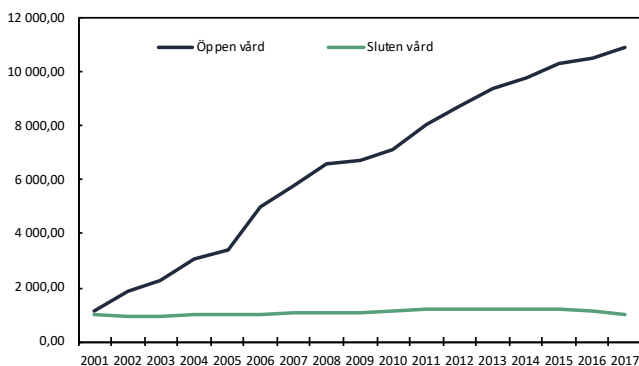
### **3.1 Att mäta psykisk ohälsa, vilka trender kan vi lita på?**

Det finns vissa svårigheter kopplat till att mäta psykisk ohälsa, se exempelvis Bremberg och Dalman (2015) för en kunskapsöversikt (3). Ett problem med att mäta förekomst av psykisk ohälsa med vårdregister är att personer som drabbas av psykisk sjukdom söker vård i olika utsträckning. På liknande vis speglas också självrapporterade mått på psykisk ohälsa av att vissa personer över- eller underrapporterar besvär. Problem med att jämföra förekomst av psykisk ohälsa (både vårdregister och självrapporterade uppgifter) mellan olika befolkningsgrupper uppstår således om vissa grupper, exempelvis män eller utrikes födda i jämförelse med kvinnor och inrikes födda, är mindre benägna att söka vård eller att rapportera problem. Det finns också svårigheter med att mäta förekomst av psykisk ohälsa över tid, dels för att samsyn och praxis för diagnostisering skiljer sig över tid, dels för att förändrade synsätt på psykisk ohälsa påverkar rapportering av sådana besvär.

Psykiatriska öppenvårdsdiagnoser har ökat dramatiskt under 2000-talet medan psykiatriska slutenvårdsdiagnoser inte har ökat, totalt sett för hela befolkningen (se figur 3.2) (65). Läkarbesök inom den specialiserade öppenvården började samlas in till patientregistret först år 2001 och det har sedan dess varit stora brister i inrapporteringen till patientregistret (65). Bortfallet består både av besök som inte registrerats, särskilt under de första åren, och besök som registreras utan diagnoskod. Bortfallet av diagnoser var vid början av inrapporteringen (år 2001) runt 30 % men har minskat över tid och är nu runt 4 % (år 2017) jämfört med ca 1 % för slutenvården (66). Om man tittar på specifika län kan man se att de län som över tid har

haft kraftigt minskat bortfall av diagnoser också har haft särskilt uttalade ökning av psykiatriska öppenvårdsdiagnoser, exempelvis Stockholm<sup>6</sup>, och de län som har haft lägre och mer stabil utveckling av bortfall har haft mindre uttalade ökning av psykiatriska öppenvårdsdiagnoser, exempelvis Jämtland och Dalarna<sup>7</sup> (65). Det finns relativt lite kunskap om hur stor del av den ökande trenden i psykiatriska öppenvårdsdiagnoser som kan förklaras enbart av det minskade bortfallet, men troligtvis kan en betydande del förklaras enbart av det minskade bortfallet, vilket innebär att det finns vissa betänkligheter med att använda sig av öppenvårdsregistret för att beskriva utvecklingen av psykisk ohälsa. Samtidigt är det just inom öppenvården som de flesta psykiatriska besvär diagnosticeras, år 2017 gjordes det mer än en miljon besök inom öppenvården relaterade till psykiatriska diagnoser, således är det svårt att bortse från öppenvårdsstatistiken när målet är att beskriva hur psykisk ohälsa har utvecklats i Sverige.

Figur 3.2 Psykiatriska diagnoser i Sverige, antal besök (öppen vård) och vårdtillfällen (sluten vård) per 100 000 invånare



Källa: Socialstyrelsen patientregistret.

Själv mord som dödsorsak används ibland som ett mått för att beskriva psykisk ohälsa. Visserligen har självmord troligtvis en stark

<sup>6</sup> Exempelvis Stockholm där bortfallet av diagnoser har minskat från hela 50 % till drygt 6 % år mellan år 2003–2017 och psykiatriska öppenvårdsdiagnoser har ökat från runt 1 000 till 18 000 besök per 100 000 invånare mellan år 2003–2017.

<sup>7</sup> Exempelvis i Jämtland och Dalarna där bortfallet av diagnoser har ökat från drygt 3 % till runt 4 % mellan år 2003–2017 medan psykiatriska öppenvårdsdiagnoser har mer än fördubblats från runt 3 000 till drygt 6 000 besök per 100 000 invånare (Jämtland) och mer än tredubblats från runt 2 000 till 7 000 besök per 100 000 invånare (Dalarna) under samma period.

koppling till psykisk ohälsa, och det är också mindre troligt att en sådan indikator påverkas av exempelvis diagnosticeringspraxis och vårdsökande beteende. Självmod är dock snarare en konsekvens av psykisk ohälsa vilken beror på en hel del andra faktorer, exempelvis huruvida man får hjälp för sina besvär och kvaliteten i detta stöd. Självmod borde därför mätas som ett utfall av psykisk ohälsa snarare än en indikator för denna.

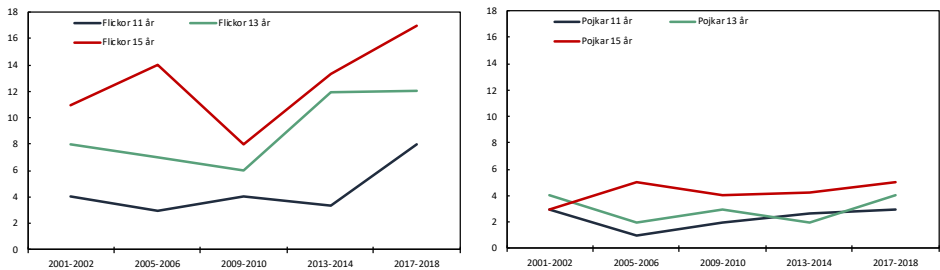
Med detta sagt finns det inte ett sätt att mäta psykisk ohälsa som är att föredra, men det viktigt att ta hänsyn till hur utvecklingen av psykisk ohälsa påverkas av mätmetoden. På grund av dessa svårigheter presenterar vi flera olika mått på psykisk ohälsa, självrapporterade mått såväl som psykiatriska diagnoser inom öppen- och slutenvården.

### 3.2 Psykisk ohälsa bland barn och unga

I detta avsnitt beskrivs utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och ungdomar i Sverige.

I figur 3.3 visas utvecklingen av självrapporterade *dagliga* besvär av nedstämdhet bland 11-, 13- och 15-åringar under 2000-talet. Figuren visar att dagliga besvär av nedstämdhet generellt minskade något mellan 2001/2002 och 2005/2006 för 11 och 13-åringar medan besvären ökade för 15-åringar under samma period. Sett över hela perioden så har tydliga ökningar skett bland flickor i alla åldersgrupperna och bland 15-åriga pojkar. Ökningen har visat sig särskilt stark för flickor under den senare delen av mätperioden (mellan 2009/2010 och 2017/2018) då rapporteringen av nedstämdhet fördubblades i alla åldersgrupperna. Rapportering av nedstämdhet skiljer sig betydligt mellan flickor och pojkar och könsskillnaden är som störst bland 15-åringar där hela 17 % av flickor och 5 % av pojkar rapporterar besvär denna typ av besvär vid den senaste mätningen (2017/2018).

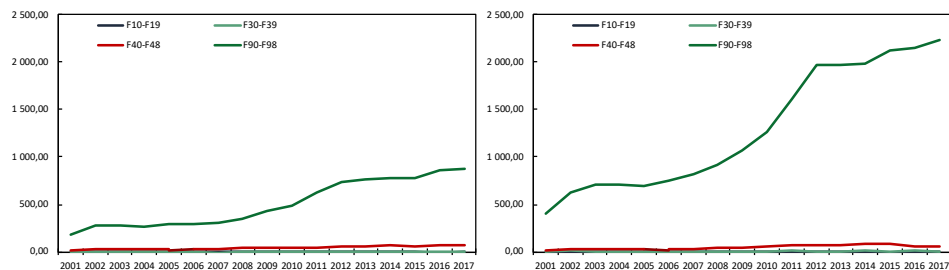
Figur 3.3 Självrapporterade besvär av nedstämdhet (dagliga), andel flickor och pojkar 11, 13 och 15 år, andel i %



Källa: Skolbarns hälsosvanor, Folkhälsomyndigheten.

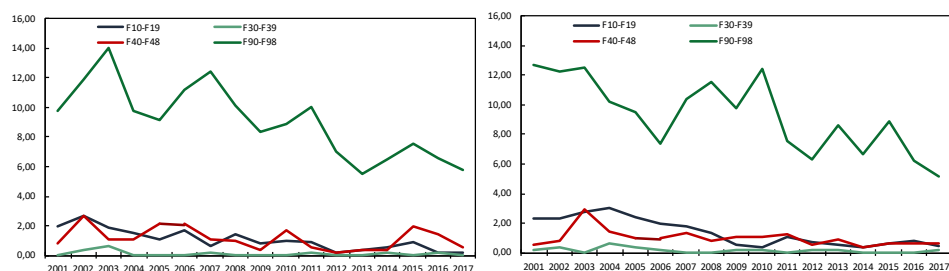
Utagerande beteendestörningar är de vanligaste psykiatriska diagnoserna bland yngre barn i åldern 0–9 år (se figur 3.4). Pojkar är klart överrepresenterade för den här typen av diagnoser och hade år 2017 mer än dubbelt så många besök inom den specialiserade öppenvården som jämnåriga flickor, drygt 2 000 besök jämfört med knappt 1 000 besök per 100 000 invånare respektive. Av de undersökta diagnosgrupperna är ångestsyndrom också förekommande i denna åldersgrupp men endast med runt 60 besök per 100 000 invånare för flickor och pojkar. Psykiatriska diagnoser bland yngre barn som är gjorda inom slutenvården är mer sällan förekommande jämfört med öppenvårdsdiagnoser (se figur 3.5). Slutenvårdsdiagnoser för utagerande beteendestörningar visar också på en avtagande trend över studieperioden och leder till runt 5 vårdtillfällen per 100 000 invånare år 2017. Intressant att notera är att slutenvårdsdiagnoser för dessa besvär är mer jämlikt förekommande mellan flickor och pojkar än öppenvårdsdiagnoser för samma typ av besvär. Slutenvårdsdiagnoser för övriga diagnosgrupper är särskilt ovanliga i denna åldersgrupp.

Figur 3.4 Psykiatriska öppenvårdsdiagnoser flickor (vänster) och pojkar (höger) 0–9 år, besök per 100 000 uppdelat på diagnosgrupper psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser F10-F19, förstämningssyndrom F30-F39, neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom F40-F48, samt beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid F90-F98.



Källa: Socialstyrelsen patientregistret.

Figur 3.5 Psykiatriska slutenvårdsdiagnoser flickor (vänster) och pojkar (höger) 0–9 år, vårdtillfällen per 100 000 uppdelat på diagnosgrupper psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser F10-F19, förstämningssyndrom F30-F39, neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom F40-F48, samt beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid F90-F98

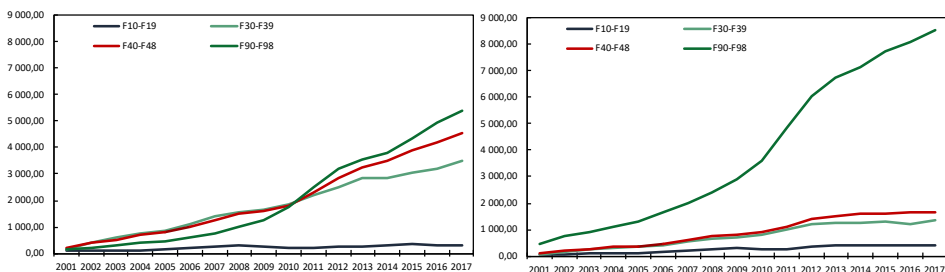


Källa: Socialstyrelsen patientregistret.

Även bland lite äldre barn och ungdomar i åldern 10–19 år så är utagerande beteendestörningar inom den specialiserade öppenvården den vanligast förekommande diagnosgruppen (se figur 3.6). Fler än 5 000 besök bland flickor och fler än 8 000 besök bland pojkar per 100 000 invånare är relaterade till den här typen av besvär. Ser man till diagnoser för utagerande beteendestörningar gjorda

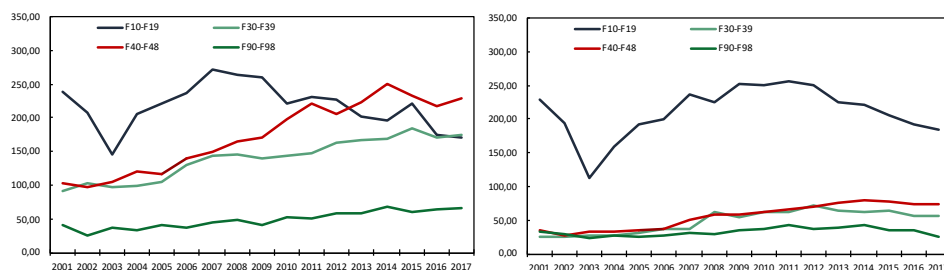
inom slutenvården så är de mindre förekommande, men bland flickor har det skett en ökning över den studerade perioden vilket lett till att flickor istället för pojkar är överrepresenterade för den här typen av besvär (se figur 3.7). De vanligaste slutenvårdsdiagnoserna bland pojkar i denna åldersgrupp är missbruksproblem och dessa problem är ungefär lika vanliga bland pojkar och flickor, däremot är ångestsyndrom och depressionssyndrom mer vanliga bland flickor i denna ålder. Ångestsyndrom och depressionssyndrom är vanligt förekommande bland både flickor och pojkar, men både inom öppenvården och slutenvården är dessa diagnoser runt tre gånger så vanligt förekommande bland flickor jämfört med pojkar. Figuren visar också att problem relaterade till ångest, depression och utagerande beteendestörningar ökar, både om man studerar diagnoser inom öppenvården och inom slutenvården. Den uppåtgående trenden är relativt svagare för diagnoser inom slutenvården, särskilt bland pojkar, och under de senare åren av den studerade perioden verkar trenden istället vara avtagande. Den enda diagnosgruppen som visar på en tydlig nedåtgående trend är missbruksproblem som har minskat bland flickor de senaste 10 åren och bland pojkar de senaste fem åren.

Figur 3.6 Psykiatriska öppenvårdsdiagnoser flickor (vänster) och pojkar (höger) 10–19 år, besök per 100 000 uppdelat på diagnosgrupper psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psyko aktiva substanser F10-F19, förstämningssyndrom F30-F39, neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom F40-F48, samt beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid F90-F98



Källa: Socialstyrelsen patientregistret.

Figur 3.7 Psykiatriska slutenvårdsdiagnoser flickor (vänster) och pojkar (höger) 10–19 år, vårdtillfällen per 100 000 uppdelat på diagnosgrupper psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psyko aktiva substanser F10-F19, förstämningssyndrom F30-F39, neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom F40-F48, samt beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid F90-F98



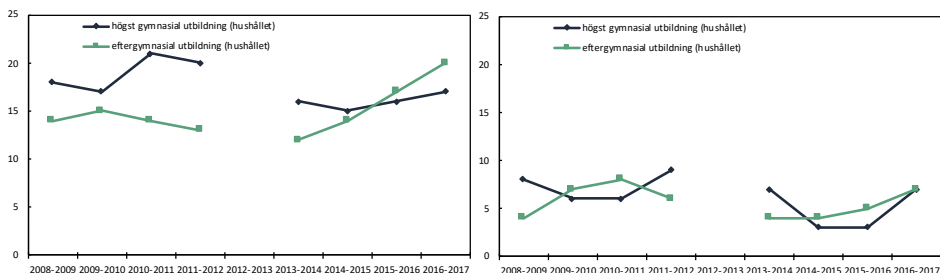
Källa: Socialstyrelsen patientregistret.

### 3.2.1 Ojämlighet i psykisk ohälsa bland barn och unga

I föregående avsnitt studeras hur den psykiska ohälsan har utvecklats under 2000-talet bland flickor och pojkar i Sverige. I detta avsnitt undersöks om den psykiska ohälsan har utvecklats lika bland alla barn, det vill säga om psykisk ohälsa bland barn skiljer sig baserat på föräldrars utbildningsnivå eller familjesituation, samt mellan inrikes och utrikes födda barn. I barn-ULF är frågan om nedstämdhet omformulerad under den studerade perioden; vid de olika undersökningstillfällena beskrivs nedstämdhet som "känner mig ofta ledsen eller nere" 2008/2009–2012/2013, "är ofta ledsen eller nere" 2013/2014 och "är ganska ofta/för det mesta ledsen eller nere" 2014/2015–2016/2017. Vid de tre senaste undersökningstillfällena skiljer sig urvalet i barn-ULF baserat på ålder; under åren 2008/2009–2013/2014 ingick barn 10–18 år och under åren 2014/2015–2016/2017 ingick barn 12–18 år. Förekomst av inåtvända psykiska besvär ökar med ålder bland barn och unga (se ovan avsnitt), således skulle det förändrade urvalet kunna påverka nivån över tid. I detta avsnitt är vi dock främst intresserade av att jämföra skillnader i psykisk ohälsa baserat på familjesituation, föräldrars utbildningsnivå och utländsk bakgrund, och inte av nivån av psykisk ohälsa i sig.

I figur 3.8 beskrivs hur psykisk ohälsa mätt med självrapporterad nedstämdhet skiljer sig baserat på hushållets högsta utbildningsnivå för flickor och pojkar. Bland pojkar verkar rapportering av nedstämdhet inte vara relaterat till hushållets utbildningsnivå. Bland flickor är en socioekonomisk gradient tydlig under första delen av den studerade perioden, störst skillnad var det vid undersökningen 2010/2011 då 21 % av flickor från lågutbildade hushåll, och 14 % av flickor ifrån högutbildade hushåll rapporterade nedstämdhet. Rapportering av nedstämdhet ökar sedan bland flickor från högutbildade hushåll som vid de två senaste undersökningarna (2015–2016 och 2016–2017) var överrepresenterade i rapportering av nedstämdhet.

Figur 3.8 Skillnad i självrapporterade psykiska besvär av nedstämdhet bland flickor (vänster) och pojkar (höger) 10–18 år (2008/2009–2013/2014) och 12–18 år (2014/2015–2016/2017) uppdelat på högsta utbildningsnivå i hushållet, andel i %

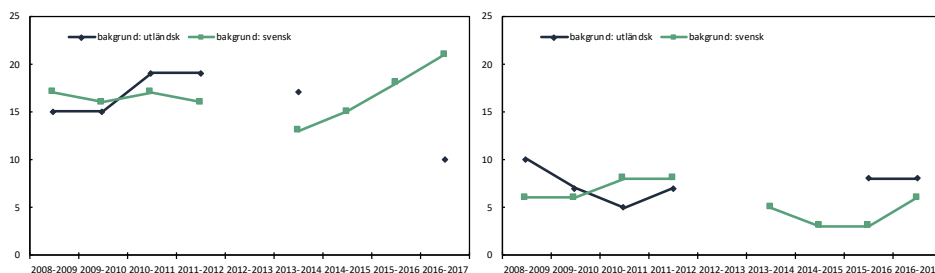


Källa: Barn-ULF, SCB.

I figur 3.9 beskrivs hur rapportering av nedstämdhet skiljer sig mellan inrikes (i Sverige) födda och utrikes (i övriga världen) födda barn. Precis som för utbildningsrelaterade skillnader så verkar rapportering av nedstämdhet bland pojkar inte skilja sig beroende på födelseland. Detsamma gäller för flickor under den första delen av den studerade perioden men från undersökningen 2013–2014 tyder siffrorna på en klart ökande trend av rapportering av nedstämdhet bland inrikes födda flickor. Det saknas uppgifter för utrikes födda under ett antal år men vid den sista undersökningen 2016–2017 så är inrikes födda flickor mer än dubbelt benägna att rapportera nedstämdhet jämfört med utrikes födda flickor (21 % jämfört med 10 %).



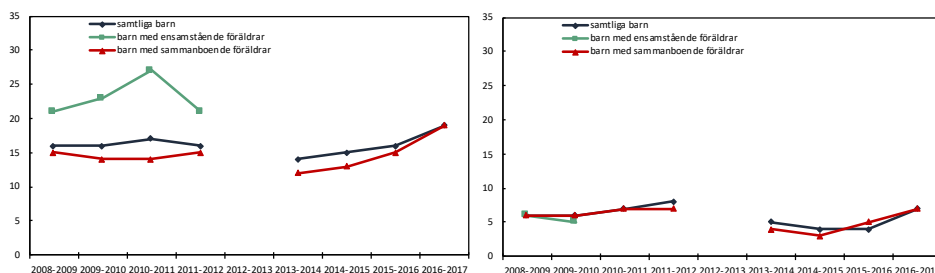
Figur 3.9 Skillnad i självrapporterade psykiska besvär av nedstämdhet bland flickor (vänster) och pojkar (höger) 10–18 år (2008/2009–2013/2014) och 12–18 år (2014/2015–2016/2017) uppdelat på utländsk och svensk bakgrund, andel i %



Källa: Barn-ULF, SCB.

I figur 3.10 beskrivs hur rapportering av nedstämdhet skiljer sig mellan barn med ensamstående och sammanboende föräldrar. Det fattas uppgifter om psykisk ohälsa bland flickor efter undersökningen 2011/2012 och bland pojkar efter 2009/2010, dock tyder de tillgängliga siffrorna på att flickor med ensamstående föräldrar är särskilt drabbade av nedstämdhet, vid undersökningen 2010–2011 rapporterade hela 27 % av flickorna med ensamstående föräldrar nedstämdhet jämfört med 14 % av flickorna med sammanboende föräldrar. För pojkar verkar rapportering av nedstämdhet inte skilja sig beroende på familjesituationen.

Figur 3.10 Skillnad i självrapporterade psykiska besvär av nedstämdhet bland flickor (vänster) och pojkar (höger) 10–18 år (2008/2009–2013/2014) och 12–18 år (2014/2015–2016/2017) uppdelat på familjesituation, andel i %



Källa: Barn-ULF, SCB.

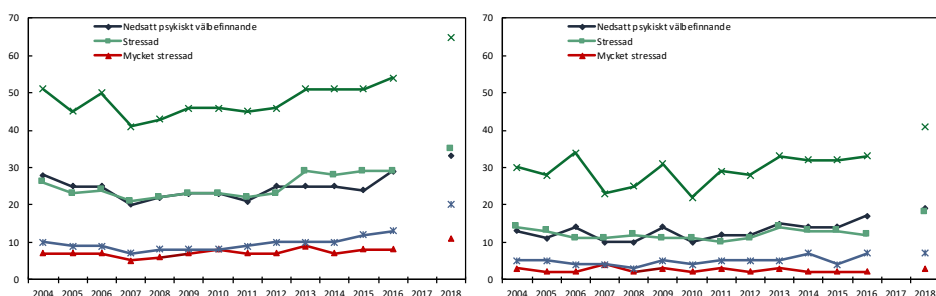
Undersökningen av ojämlikheter i psykisk ohälsa bland barn tyder på att inrikes födda flickor jämfört med utrikes födda flickor i ökande grad rapporterar mer nedstämdhet, och att flickor med ensamstående föräldrar är särskilt drabbade av sådana besvär. Vidare tyder resultaten inte på att rapportering av nedstämdhet skiljer sig åt något speciellt håll beroende på föräldrarnas utbildningsnivå. Däremot visar en rapport från Folkhälsomyndigheten att det finns tydliga socioekonomiska skillnader i psykisk ohälsa bland barn, och att dessa uppkommer redan i tidig ålder (FOHM 2019). Barn (11-, 13- och 15-åringar) som uppger att familjens ekonomi är dålig rapporterar betydligt oftare psykiska och psykosomatiska besvär, och uppger lägre nivåer av allmänt välbefinnande (FOHM 2019). Resultaten i Folkhälsomyndighetens rapport stödjer också det vi fann i barn-ULF, att flickor som bor med en ensamstående förälder mår sämre än andra barn (FOHM 2019). En litteraturstudie som ingår i samma rapport, och som framför allt består av svenska studier, visar att det finns stora skillnader i psykisk ohälsa bland barn 0–12 år, att vara född i ett icke-europeiskt land och låg SES hos föräldrarna är kopplat till högre nivåer av psykisk ohälsa (FOHM 2019). Det finns alltså andra rapporter som har ett större fokus på att undersöka just ojämlikheter i psykisk ohälsa bland barn som också har funnit sådana skillnader, således är det mycket möjligt att ojämlikheter föreligger när det gäller psykisk ohälsa bland barn.

### 3.3 Psykiska ohälsa bland vuxna

I detta avsnitt beskrivs hur den psykiska ohälsan har utvecklats bland unga vuxna och medelålders vuxna i Sverige under 2000-talet. Figur 3.11 visar utvecklingen av självrapporterade psykiska besvär såsom nedsatt psykiskt välbefinnande; stress; svår stress; ängslan, oro och ångest (härefter refererar vi till dessa besvär som ångest); samt svår ångest bland unga kvinnor och män (16–29 år). Rapporteringen av psykiska besvär har varit relativt konstant bland unga män sett till hela den studerade perioden, men en uppåtgående trend sedan runt 2010 kan skönjas, och de senaste åren är ökningen kraftigare, särskilt för måttliga besvär av stress, ångest och nedsatt psykiskt välbefinnande. Bland unga kvinnor minskar rapporteringen av psykiska besvär innan år 2007 men ökar därefter. Måttliga besvär av stress,

Ångest och nedsatt psykiskt välbefinnande ökar med mellan 60 och 70 % bland unga kvinnor mellan 2007 och 2018, och för svåra besvär av stress och ångest så ökar rapporteringen två till tre gånger. Det vanligast rapporterade besväret är ångest både för unga kvinnor och män, men kvinnor rapporterar psykiska besvär oftare än män. Detta gäller för alla utfallen men den största absoluta skillnaden gäller ångest som 65 % av unga kvinnor och 41 % av unga män rapporterar, och den största relativa skillnaden gäller svår ångest och svår stress som rapporteras tre gånger så ofta av unga kvinnor jämfört med unga män.

Figur 3.11 Självrapporterade psykiska besvär bland unga kvinnor (vänster) och unga män (höger) 16–29 år, andel i %

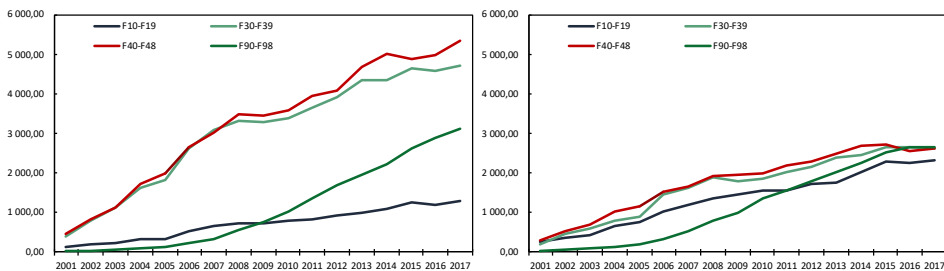


Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

Psykiatriska öppen- och slutenvårdsdiagnoser ökar inom alla diagnosgrupper bland unga kvinnor och män och, i likhet med utvecklingen bland ungdomar, så verkar trenden avta under de senaste åren av den studerade perioden (se figur 3.12 och 3.13). Ungna kvinnor är fortfarande överrepresenterade för de inåtvända diagnoserna (ångest och depressionssyndrom), men den relativa skillnaden mellan kvinnor och män är något mindre än i den yngre åldersgruppen, knappt dubbelt så vanliga bland kvinnor. Bland unga kvinnor gjordes år 2017 runt 5 000 besök per 100 000 invånare inom öppenvården relaterade till ångest och depressionssyndrom och motsvarande siffra för unga män är ungefär 2 500 besök. Inom slutenvården är drygt 600 vårdtillfällen per 100 000 invånare för unga kvinnor och knappt 400 vårdtillfällen per 100 000 invånare för unga män relaterade till dessa diagnosgrupper. Vad som också är intressant och som skiljer sig från den yngre gruppen är att unga kvinnor och män nu har ungefär lika många besök inom öppenvården relate-

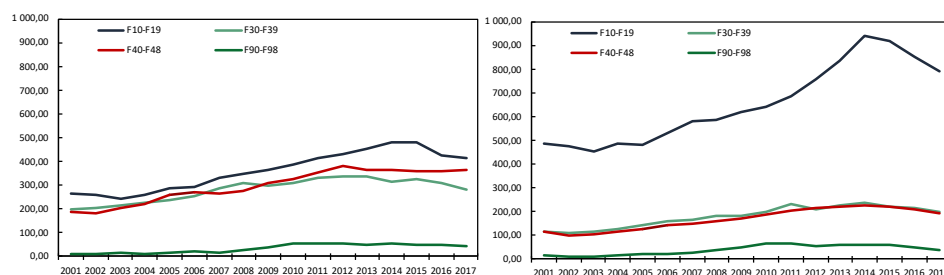
rade till utagerande beteendestörningar, kvinnor är till och med något överrepresenterade. Att förhållandet mellan kvinnor och män i denna åldersgrupp är mer jämlikt verkar främst bero på att dessa besök är relativt mindre vanliga bland unga vuxna jämfört med ungdomar, och att de minskar relativt mer med ökande ålder bland män jämfört med kvinnor. När det gäller missbruksproblem så är det i denna ålder som skillnaderna mellan kvinnor och män blir särskilt tydliga, diagnoser relaterade till missbruksproblem är nästan dubbelt så vanliga bland unga män jämfört med unga kvinnor både inom öppen- och slutenvården år 2017. Diagnoser relaterade till den här typen av problem är för unga vuxna (precis som för ungdomar) den vanligaste diagnosen inom slutenvården.

Figur 3.12 Psykiatriska öppenvårdsdiagnoser bland unga kvinnor (vänster) och unga män (höger) 20–29 år, besök per 100 000 uppdelat på diagnosgrupper psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psyko aktiva substanser F10-F19, förstämningssyndrom F30-F39, neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom F40-F48, samt beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid F90-F98



Källa: Socialstyrelsen patientregistret.

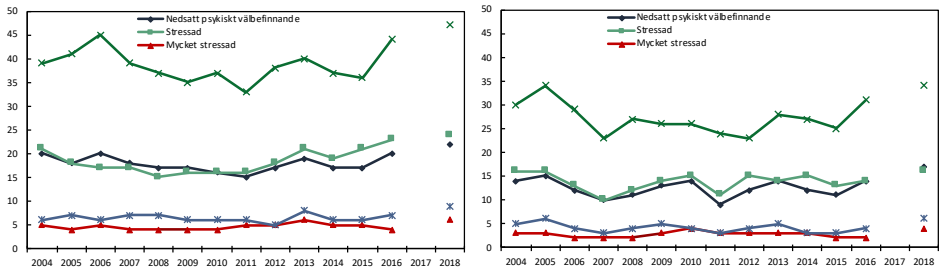
Figur 3.13 Psykiatriska slutenvårdsdiagnoser bland unga kvinnor (vänster) och unga män (höger) 20–29 år, vårdtillfällen per 100 000 uppdelat på diagnosgrupper psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser F10-F19, förstämningssyndrom F30-F39, neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom F40-F48, samt beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid F90-F98



Källa: Socialstyrelsen patientregistret.

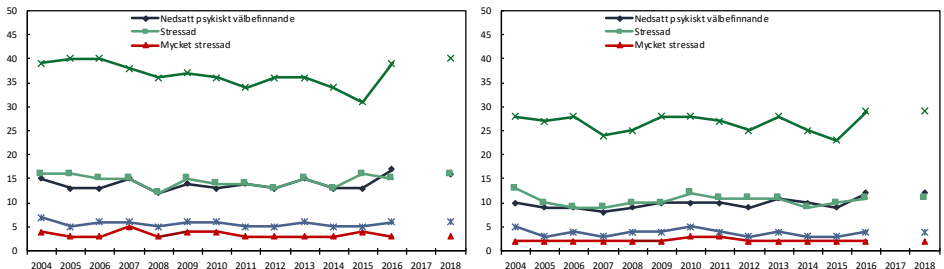
I figur 3.14 och 3.15 visas utvecklingen av självrapporterade psykiska besvär såsom nedsatt psykiskt välbefinnande, stress, svår stress, ångest och svår ångest för kvinnor och män i yngre medelålder (30–44 år) och övre medelålder (45–64 år). Rapporteringen av psykiska besvär är relativt konstant under den studerade perioden. En något avtagande trend kan skönjas gällande rapportering av ångest, särskilt för de i övre medelåldern, men rapporteringen av ångest och nedsatt psykiskt välbefinnande ökar för alla de studerade grupperna efter år 2015. Bland kvinnor och män i yngre medelåldern visar sig ökningen särskilt stark, och i denna grupp ökar också rapporteringen av stress. Medelålders kvinnor rapporterar psykiska besvär mer sällan än unga kvinnor (16–29 år), vilket också resulterar i att skillnaderna mellan medelålders kvinnor och män är mindre framträdande än könsskillnaderna bland unga vuxna, gällande rapportering av psykiska besvär.

Figur 3.14 Självrapporterade psykiska besvär bland kvinnor och män 30–44 år, andel



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

Figur 3.15 Självrapporterade psykiska besvär bland kvinnor och män 45–64 år, andel

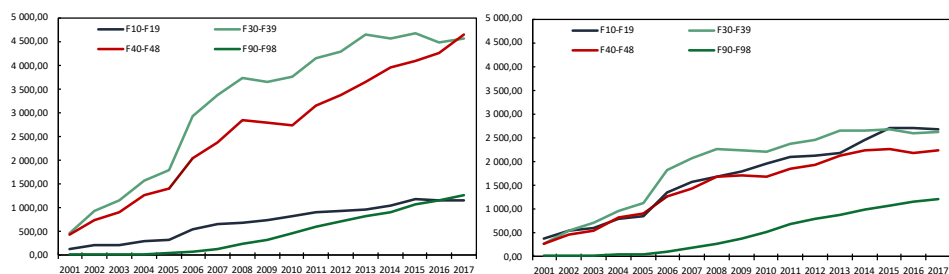


Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

De psykiatriska öppenvårdsdiagnoserna ökar även bland medelålders kvinnor och män (30–64 år), se figur 3.16. Generellt är mönstret för utvecklingen i denna grupp liknande den för unga vuxna, utvecklingen verkar avta under de senare åren av den studerade perioden och de inåtvända diagnoserna är ungefär dubbelt så vanliga bland kvinnor, medan diagnoser relaterade till missbruksproblem är dubbelt så vanliga bland män. Det som skiljer sig i denna äldre grupp av medelålders vuxna är att diagnoser relaterade till utagerande beteendestörningar är färre, vilket är förväntat eftersom dessa problem vanligtvis uppkommer i ung ålder. Utvecklingen av psykiatriska slutenvårdsdiagnoser skiljer sig från trenderna bland ungdomar och unga vuxna och visar på en mer stabil (ej ökande) utveckling. Om man bryter ner trenden i mer specifika åldersgrupper kan

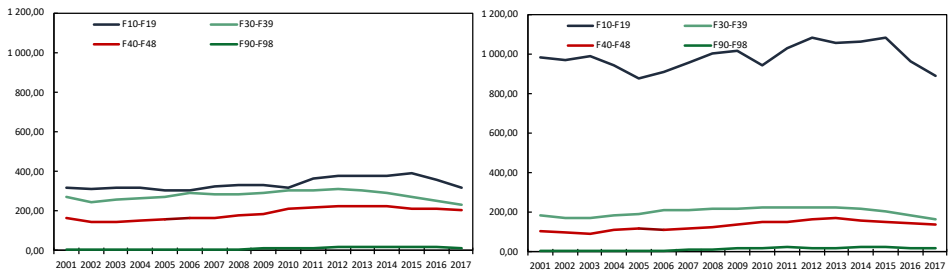
man dock se att psykiatriska slutenvårdsdiagnoser ökar i åldrarna 30–39 år, och att den mer stabila utvecklingen i gruppen som helhet till stor del beror på en betydande minskning av antalet slutenvårdsdiagnoser bland vuxna i ålder 40–49 år (65). Slutenvårdsdiagnoser som är relaterade till missbruksproblem har bland medelålders vuxna legat på en stabil hög nivå under den studerade perioden, mellan 300–400 vårdtillfällen per 100 000 invånare är relaterade till missbruksproblem bland medelålders kvinnor, och tre gånger så många vårdtillfällen bland män. Den här typen av problem har varit vanligare bland medelålders vuxna jämfört med yngre vuxna, men det verkar som att diagnoser relaterade till missbruk är ett ökande problem bland unga kvinnor och män. Under den senare delen av studieperioden så är slutenvårdsdiagnoser relaterade till missbruksproblem till och med vanligare bland unga kvinnor jämfört med medelålders kvinnor, och unga män närmar sig den höga nivå av slutenvård som gäller för medelålders män. För slutenvårdsdiagnoser relaterade till depressionssyndrom kan man skönja en avtagande trend under den senaste delen av studieperioden för både kvinnor och män. Det är också mindre vanligt med depressions- och ångestrelaterade slutenvårdsdiagnoser bland medelålders kvinnor jämfört med yngre kvinnor och således är könsskillnaderna gällande dessa typer av problem relativt mindre bland medelålders kvinnor och män.

Figur 3.16 Psykiatriska öppenvårdsdiagnoser bland kvinnor (vänster) och män (höger) 30–64 år, besök per 100 000 uppdelat på diagnosgrupper psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser F10-F19, förstämningssyndrom F30-F39, neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom F40-F48, samt beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid F90-F98



Källa: Socialstyrelsen patientregistret.

Figur 3.17 Psykiatriska slutenvårdsdiagnoser bland kvinnor (vänster) och män (höger) 30–64 år, vårdtillfällen per 100 000 uppdelat på diagnosgrupper psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser F10-F19, förstärkningsyndrom F30-F39, neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom F40-F48, samt beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid F90-F98



Källa: Socialstyrelsen patientregistret.

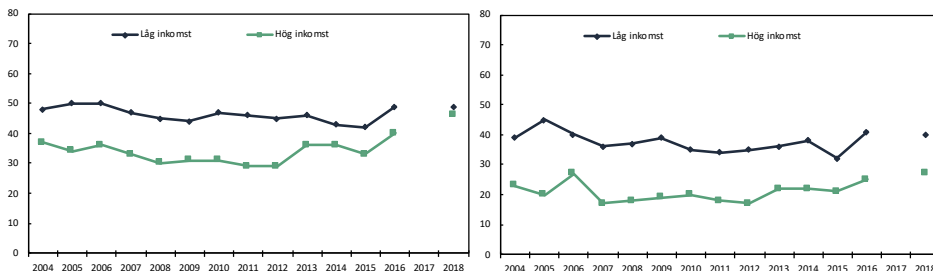
### 3.3.1 Ojämligheter i psykisk ohälsa bland vuxna

I föregående avsnitt studeras hur den psykiska ohälsan har utvecklats under 2000-talet bland unga vuxna och medelålders vuxna. I detta avsnitt undersöks om den psykiska ohälsan har utvecklats liknande mellan vuxna med olika utbildning, inkomst och sysselsättning, samt mellan inrikes och utrikes födda vuxna individer. I figurer 3.18 och 3.19 beskrivs självrapporterade psykiska besvär av ångest för kvinnor och män 16–84 år uppdelat på SES (inkomstnivå och utbildningsnivå). Hög respektive låg inkomst baseras på femtedelen av urvalet med högst respektive lägst inkomst, och utbildning är uppdelat i för-gymnasial, gymnasial och eftergymnasial nivå. Bland kvinnor så skiljer sig rapportering av ångest både med utbildningsnivå och inkomstnivå, där kvinnor med låg utbildning eller inkomst rapporterar mer besvär av ångest. En ökad rapportering av psykiska besvär efter 2012 för dem med hög inkomst och högre utbildning har dock haft en utjämnande effekt på skillnaderna och vid den senaste undersökningen (2018) så var de socioekonomiska skillnaderna i självrapporterad ångest bland kvinnor mycket små. För män är det främst de inkomstrelaterade skillnaderna som är tydliga, 40 % av de med låg inkomst och 27 % av de med hög inkomst rapporterade år 2018



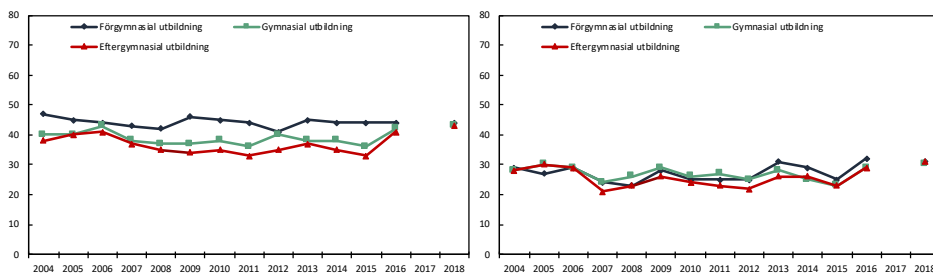
psykiska besvär av ångest. De utbildningsrelaterade skillnaderna är däremot små bland män.

Figur 3.18 Inkomstrelaterad skillnad i självrapporterade psykiska besvär av ångslan, oro ångest bland kvinnor (vänster) och män (höger) 16–84 år, andel i %



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

Figur 3.19 Utbildningsrelaterad skillnad i självrapporterade psykiska besvär av ångslan, oro ångest bland kvinnor (vänster) och män (höger) 16–84 år, andel i %

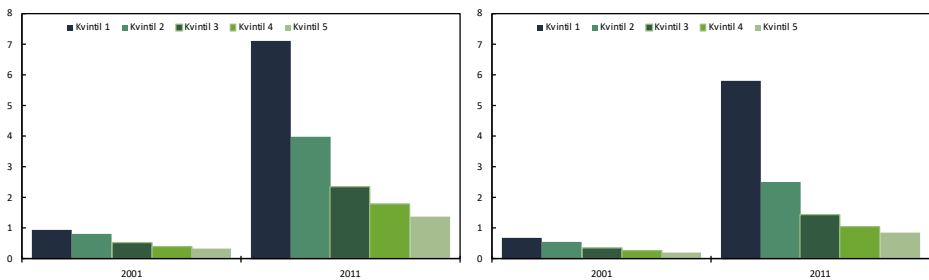


Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

Socioekonomiska ojämlikheter är relativt större för psykiatriska diagnoser jämfört med självrapporterad ångest. För varje kvinna eller man i den högsta inkomstgruppen (femtedelen av befolkningen med högst inkomst) som fick en psykiatrisk diagnos inom den specialiserade öppenvården år 2011 så fick fem kvinnor och närmare sju män i den lägsta inkomstgruppen (femtedelen av befolkningen med lägst inkomst) en liknande diagnos (se figur 3.20). För psykiatriska diagnoser inom slutenvården är skillnaden ännu större, för varje kvinna och man i den högsta inkomstgruppen som fick en psykiatrisk diagnos år 2011 så var nästan 10 män och 8 kvinnor ur den lägsta inkomstgruppen drabbade (se figur 3.21). Ojämlikheterna ökar

också över tid. Som tidigare nämnt så beror en betydande del av ökningen i psykiatriska öppenvårdsdiagnoser på ett minskat bortfall av diagnoser i inrapporteringen till Socialstyrelsen, men det förklarar inte att psykiatriska öppenvårdsdiagnoser mer än sjufaldigats i den lägsta inkomstgruppen medan diagnoser i övriga inkomstgrupper fyrfaldigats. Dessutom visar dessa figurer att medan psykiatriska diagnoser inom slutenvården ökat med runt 80 % bland kvinnor och män i den lägsta inkomstgruppen så har diagnosticering knappt förändrats i övriga inkomstgrupper, man kan till och med se en minskning av diagnoser i inkomstgruppen med näst lägst inkomst.

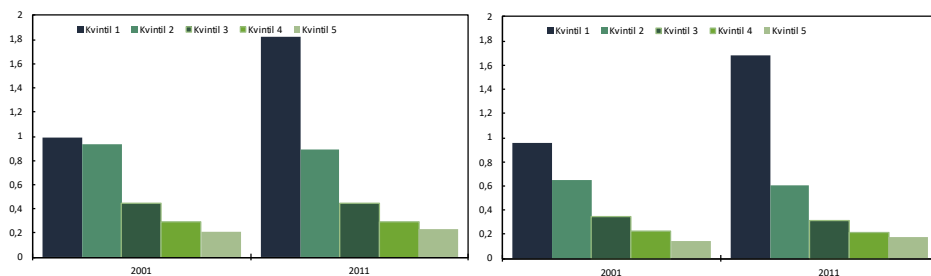
Figur 3.20 Psykiatriska öppenvårdsdiagnoser (F20-F29, F30-F39, F40-F48, F60-F69) bland befolkningen<sup>8</sup> 31–64 år, andel i % per inkomstgrupp (beräknade med disponibel hushållsinkomst, kvintil 1=lägst inkomst)



Källa: The Swedish Interdisciplinary Panel administrerad av Centrum för Ekonomisk Demografi, Lunds Universitet.

<sup>8</sup> Personer som saknar uppgift om inkomst eller utbildning har exkluderats från studiepopulationen.

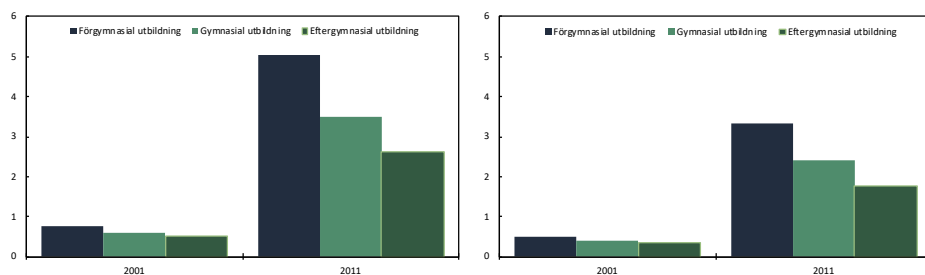
Figur 3.21 Psykiatriska slutenvårdsdiagnoser (F20-F29, F30-F39, F40-F48, F60-F69) bland befolkningen 6 31–64 år, andel i % per inkomstgrupp (beräknade med disponibel hushållsinkomst, kvintil 1=lägst inkomst)



Källa: The Swedish Interdisciplinary Panel administrerad av Centrum för Ekonomisk Demografi, Lunds Universitet.

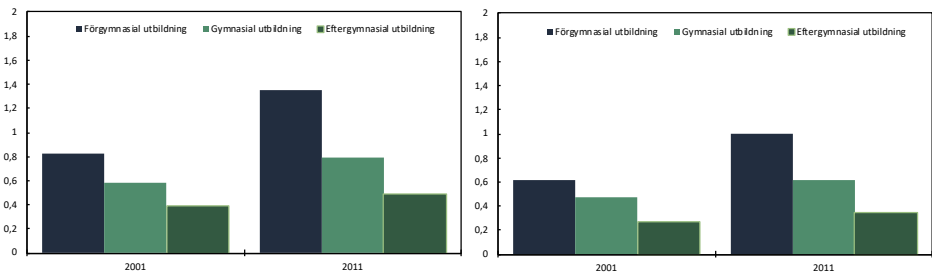
Precis som för självrapporterade psykiska besvär så är de utbildningsrelaterade skillnaderna i psykiatriska diagnoser mindre än de inkomstrelaterade skillnaderna, dock fortfarande betydande (se figur 3.22 och 3.23). För varje högt utbildad (eftergymnasial utbildning) kvinna eller man som diagnosticerades med en psykiatrisk diagnos i öppenvården år 2001 så drabbades 20 % respektive 50 % fler ur de lägre utbildningsgrupperna (gymnasial och förgymnasial utbildning). Dessa skillnader ökar under början av 2000-talet, 2011 diagnosticerades 35 % respektive 90 % fler i dessa grupper jämfört med den högt utbildade gruppen. De utbildningsrelaterade skillnaderna ökar även inom psykiatrisk slutenvård, särskilt bland kvinnor.

Figur 3.22 Psykiatriska öppenvårdsdiagnoser (F20-F29, F30-F39, F40-F48, F60-F69) bland befolkningen 6 31–64 år, andel i % per utbildningsnivå (antal års utbildning, <10 år, 10–12 år, >12 år)



Källa: The Swedish Interdisciplinary Panel administrerad av Centrum för Ekonomisk Demografi, Lunds Universitet.

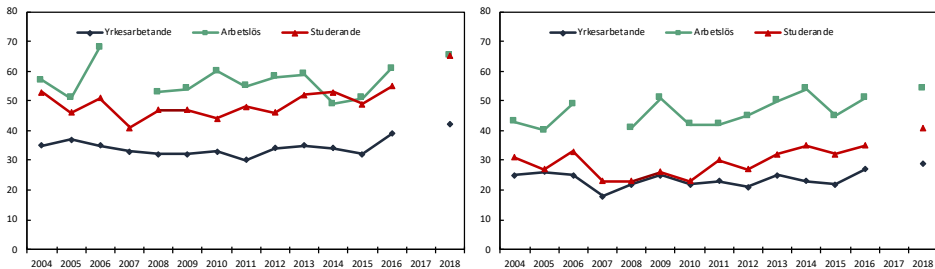
Figur 3.23 Psykiatriska slutenvårdsdiagnoser (F20-F29, F30-F39, F40-F48, F60-F69) bland befolkningen 6 31–64 år, andel i % per utbildningsnivå (antal års utbildning, <10 år, 10–12 år, >12 år)



Källa: The Swedish Interdisciplinary Panel administrerad av Centrum för Ekonomisk Demografi, Lunds Universitet.

Rapportering av ångest skiljer sig också mellan olika sysselsättningsgrupper och spridningen är relativt stor om man jämför med socioekonomiska skillnader i självrapporterad ångest. I figur 3.24 visas rapportering av ångest i grupper med olika sysselsättning (yrkesarbetande, studerande samt arbetslös). Icke yrkesarbetande kvinnor och män rapporterar generellt mest besvär under den studerade perioden. Rapporteringen av ångest ökar i alla grupperna från år 2015, och särskilt studerande kvinnor rapporterar besvär i högre utsträckning över tid. Medan 42 % av de yrkesarbetande kvinnor rapporterar att de upplever ångest år 2018 så är motsvarande andel närmare 65 % bland studerande och arbetslösa kvinnor. 29 % av yrkesarbetande män, och 41 % respektive 54 % av studerade och arbetslösa män rapporterar ångest år 2018.

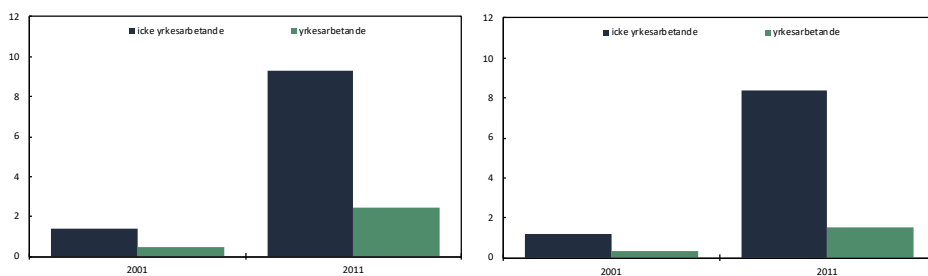
Figur 3.24 Sysselsättningsrelaterad skillnad i självrapporterade psykiska besvär av ångslan, oro ångest bland kvinnor (vänster) och män (höger) 16–84 år, andel i %



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

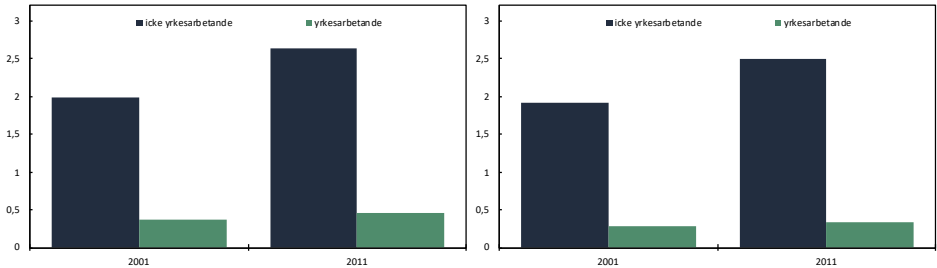
Sannolikheten att få en psykiatrisk diagnos skiljer sig också avsevärt mellan yrkesarbetande och icke yrkesarbetande kvinnor och män och precis som gäller för de inkomst- och utbildningsrelaterade skillnaderna i psykiatriska diagnoser så tyder resultaten på att ojämlikheterna ökar över den studerade perioden. År 2001 var det nästan tre gånger vanligare att få en psykiatrisk diagnos i öppenvården om man inte hade en arbetsinkomst jämfört med om man hade en sådan inkomst (oavsett storlek) bland kvinnor, för icke yrkesarbetande män var det nästan fyra gånger vanligare (se figur 3.25). Dessa skillnader ökar till fyra respektive fem gånger vanligare år 2011. För slutenvården var skillnaderna ännu större och ökar även de över tid, år 2011 var det till nästan sex gånger vanligare för icke yrkesarbetande kvinnor att få en psykiatrisk slutenvårdsdiagnos, och drygt sju gånger vanligare för icke yrkesarbetande män (se figur 3.26).

Figur 3.25 Psykiatriska öppenvårdsdiagnoser (F20-F29, F30-F39, F40-F48, F60-F69) bland befolkningen 6 31–64 år, andel i % uppdelat på yrkesarbetande (positiv arbetsinkomst) samt icke yrkesarbetande (arbetsinkomst=0)



Källa: The Swedish Interdisciplinary Panel administrerad av Centrum för Ekonomisk Demografi, Lunds Universitet.

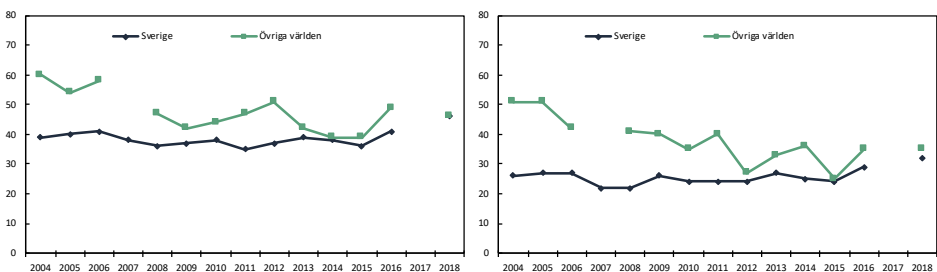
Figur 3.26 Psykiatriska slutenvårdsdiagnoser (F20-F29, F30-F39, F40-F48, F60-F69) bland befolkningen 31–64 år, andel i % uppdelat på yrkesarbetande (positiv arbetsinkomst) samt icke yrkesarbetande (arbetsinkomst=0)



Källa: The Swedish Interdisciplinary Panel administrerad av Centrum för Ekonomisk Demografi, Lunds Universitet

I figur 3.27 beskrivs hur självrapporterade psykiska besvär av ångest utvecklas bland inrikes (i Sverige) och utrikes (i övriga världen) födda kvinnor och män. År 2004 så var skillnaderna baserat på födelseland stora, 50 % fler utrikes födda kvinnor och nästan dubbelt så många utrikes födda män rapporterar psykiska besvär jämfört med inrikes födda kvinnor och män. Under den studerade perioden minskar rapporteringen av besvär bland utrikes födda kvinnor och män, och efter år 2012 för män och år 2013 för kvinnor så är skillnaderna i rapporterade besvär mellan utrikes och inrikes födda generellt utjämnade (även om det vid enstaka år därefter uppmättes högre rapportering bland utrikes födda).

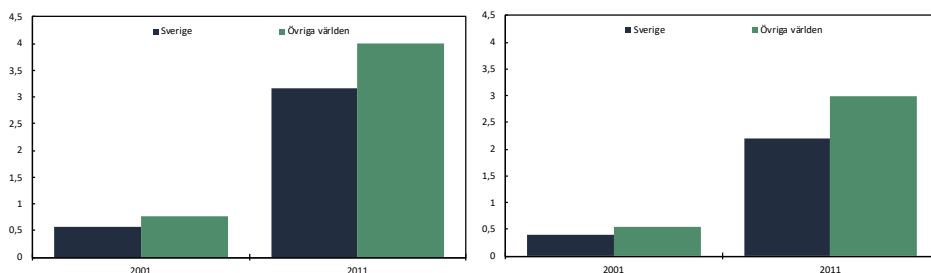
Figur 3.27 Skillnad i självrapporterade psykiska besvär av ångslan, oro ångest bland kvinnor och män 16–84 år, andel i % uppdelat på födelseland



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

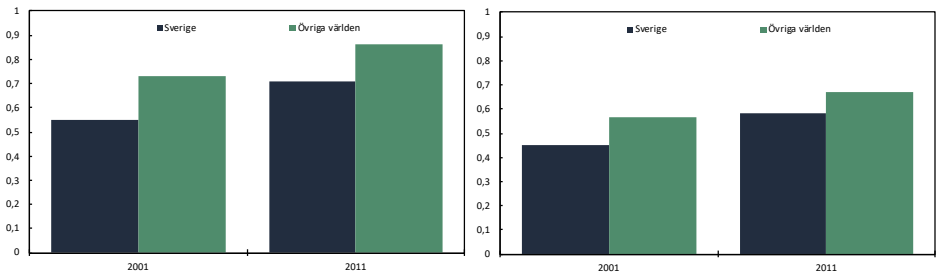
Psykiatriska diagnoser ökar både bland inrikes och utrikes födda kvinnor och män under den studerade perioden, men utrikes födda personer som bor i Sverige är överrepresenterade för psykiatriska diagnoser både inom öppen- och slutenvården (se figurer 3.28 och 3.29). För öppenvårdsdiagnoser är den absoluta ökningen större bland utrikes födda kvinnor och män, dock minskar de relativa skillnaderna något över tid. År 2001 diagnosticerades 34 % respektive 40 % fler utrikes födda kvinnor och män, vilket sjönk till 26 % respektive 36 % år 2011. För slutenvårdsdiagnoser så är ojämlikheten baserat på födelseland något mindre och här minskar både de absoluta och relativa skillnaderna över tid. År 2001 diagnosticerades 33 % respektive 25 % fler utrikes födda kvinnor och män inom slutenvården, andelar som sjönk till 21 % och 15 % år 2011.

Figur 3.28 Psykiatriska öppenvårdsdiagnoser (F20-F29, F30-F39, F40-F48, F60-F69) bland befolkningen 6 31–64 år, andel i % per födelseland



Källa: The Swedish Interdisciplinary Panel administrerad av Centrum för Ekonomisk Demografi, Lunds Universitet.

Figur 3.29 Psykiatriska slutenvårdsdiagnoser (F20-F29, F30-F39, F40-F48, F60-F69) bland befolkningen 6 31–64 år, andel i % per födelse land



Källa: The Swedish Interdisciplinary Panel administrerad av Centrum för Ekonomisk Demografi, Lunds Universitet.

### 3.4 Sammanfattande resultat av utvecklingen av psykisk ohälsa och dess ojämlikhet

I detta kapitel beskrivs hur den psykiska ohälsan har utvecklats i Sverige under 2000-talet, dels bland barn och ungdomar, dels bland unga och medelålders vuxna. Vi beskriver också hur den psykiska ohälsan har utvecklats i olika socioekonomiska grupper, sysselsättningsgrupper samt bland utrikes och inrikes födda. Resultaten tyder på att olika grupper drabbas av psykisk ohälsa i olika utsträckning, samt att utvecklingen över tid skiljer sig beroende på vilken grupp och vilken typ av psykisk ohälsa som studeras.

Flera svårigheter är dock kopplade till själva mätandet av psykisk ohälsa. Personer som drabbas av psykisk sjukdom söker vård i olika utsträckning och självrapporterade mått på psykisk ohälsa speglas av att vissa personer över- eller underrapporterar besvär. Det finns också svårigheter med att mäta förekomst av psykisk ohälsa över tid, dels för att samsyn och praxis för diagnosticering förändrats över tid, dels för att förändrade synsätt på psykisk ohälsa påverkar rapportering av sådana besvär. På grund av dessa svårigheter har utvecklingen av psykisk ohälsa i denna rapport beskrivits genom flera olika mått, självrapportering av psykiska besvär såväl som psykiatriska öppen- och slutenvårdsdiagnoser. När det gäller diagnoser inom den specialiserade öppenvården så vet man att en stor del av den ökning vi ser under 2000-talet beror på ett minskat bortfall av diagnoser som skett genom ökad inrapportering av besök



och diagnoser. Ökningen behöver alltså inte bero på att fler är psykiskt sjuka och i de fall utvecklingen visar på ökning av endast öppenvårdsdiagnoser så tolkas det inte som en ökning av den psykiska ohälsan i sig. Däremot är bortfallet de senaste åren litet och psykiatriska diagnoser inom öppenvården beskriver på ett trovärdigt sätt den aktuella nivån av psykisk ohälsa i befolkningen.

Om man ser till självrapporterad psykiska besvär såsom nedstämdhet bland barn, och ångest, stress och nedsatt psykiskt välbefinnande bland vuxna, så har rapportering av dessa besvär ökat i flera grupper under 2000-talet. Sett till hela den studerade perioden så har rapportering av nedstämdhet ökat främst bland flickor (11, 13 och 15 år), men en ökning har skett också bland 15-åriga pojkar. Mellan 2009/2010 och 2017/2018 så visar sig ökningen särskilt kraftig bland flickor då rapporteringen av nedstämdhet fördubblas i alla åldersgrupperna. Bland unga män (16–29 år) och medelålders kvinnor och män (30–64 år) har rapporteringen av psykiska besvär varit relativt konstant om man ser över hela den studerade perioden, men en uppåtgående trend sedan runt 2010 kan skönjas, och de senaste åren har ökningen varit kraftigare, särskilt för måttliga besvär av stress, ångest och nedsatt psykiskt välbefinnande. Bland äldre medelålders kvinnor och män (45–64 år) är det endast måttliga besvär av ångest som ökat. Bland unga kvinnor (16–29 år) minskade rapporteringen av psykiska besvär innan år 2007 men ökade därefter. Måttliga besvär av stress, ångest och nedsatt psykiskt välbefinnande ökade med mellan 60 och 70 % bland unga kvinnor mellan 2007 och 2018, och för svåra besvär av stress och ångest så ökade rapporteringen två till tre gånger. Även bland unga kvinnor visade sig ökningen särskilt stark under de senaste åren (sedan 2015).

Förekomst av psykiatriska diagnoser har också ökat bland befolkningen. Bland de yngsta barnen (0–9 år) ökar öppenvårdsdiagnoserna under den studerade perioden medan diagnoser inom slutenvården minskar. Bland de äldre barnen (10–19 år) och unga vuxna (20–29 år) ökar både öppenvårds- och slutenvårdsdiagnoser. Den uppåtgående trenden är relativt svagare för diagnoser inom slutenvården, särskilt bland pojkar, och under de senare åren av den studerade perioden (efter år 2015) så minskar de psykiatriska slutenvårdsdiagnoserna. Slutenvårdsdiagnoser för missbruksproblem visar på en tydlig nedåtgående trend sedan år 2007 bland äldre flickor och sedan år 2010 bland äldre pojkar. Psykiatriska öppenvårdsdiagnoser

ökar också bland medelålders vuxna, men den uppåtgående trenden är svagare än bland unga vuxna. Bland medelålders vuxna är utvecklingen av slutenvårdsdiagnoser stabil över perioden men om man studerar utvecklingen i mer detaljerade åldersgrupper så kan man se en ökning bland 30–39 åringar och en minskning bland 40–49 åringar.

Nivån av psykisk ohälsa beror på vilken typ av psykisk ohälsa som studeras, samt hur denna mäts. Totalt sett är kvinnor mer drabbade av psykisk ohälsa om man ser till självrapporterade besvär och psykiatriska öppenvårdsdiagnoser, och om man ser till psykiatriska slutenvårdsdiagnoser så är män mer drabbade, men detta skiljer sig över livscykeln. Av psykiatriska diagnoser så är det främst utagerande beteendestörningar som uppkommer under tidig barndom (0–9 år). Bland lite äldre flickor och pojkar (10–19 år) så är utagerande beteendestörningar de vanligast förekommande öppenvårdsdiagnoserna medan missbruksproblem är de vanligaste slutenvårdsdiagnoserna. Skillnader mellan flickor och pojkar uppkommer redan under barndomen och flickor och pojkar drabbas av olika typer av besvär. Pojkar diagnosticeras oftare av utagerande beteendestörningar inom öppenvården men denna könsskillnad jämnas ut i vuxen ålder. Inom slutenvården är den här typen av diagnoser mer jämlikt fördelad mellan flickor och pojkar och till och med något vanligare bland äldre flickor. Män är dock överrepresenterade för missbruksproblem hela vuxenlivet. Ängest- och depressionssyndrom är vanligt förekommande bland flickor och pojkar, men är runt tre gånger så vanliga bland flickor jämfört med pojkar, både inom öppenvården och slutenvården. Denna skillnad mellan könen uppkommer redan i barndomen och kvarstår hela livet även om den minskar något med åldern. Skillnaden mellan kvinnor och män när det gäller inåtvända psykiska besvär speglas också i de trender man kan se för självrapporterade mått av psykisk ohälsa. Självrapporterade psykiska besvär av nedstämdhet bland barn är mest framträdande bland flickor, och problemet verkar öka med ålder. 13-åriga flickor rapporterar nedstämdhet fyra gånger oftare än 11-åriga flickor och sex gånger oftare än 13-åriga pojkar. Unga kvinnor rapporterar också ungefär 50 % oftare måttlig ångest och stress, och två till tre gånger oftare svår ångest och stress, än unga män. Bland medelålders kvinnor och män är skillnaden när det gäller självrapporterade psy-

kiska besvär mindre men kvinnor rapporterar fortfarande mer problem.

Vissa grupper i samhället verkar vara särskilt drabbade av psykisk ohälsa och generellt är ojämlikheterna större om man studerar skillnader i psykiatriska diagnoser jämfört med självrapporterade psykiska besvär. Utvecklingen går också åt olika håll, skillnader i självrapporterade psykiska besvär minskar både mellan olika socioekonomiska grupper och mellan inrikes och utrikes födda, medan mycket tyder på att ojämlikheter i psykiatriska diagnoser ökar. För psykiatriska diagnoser både inom öppen- och slutenvården så kan man se en ökad relativ utsatthet bland de med lägst inkomst, lägst utbildning och bland de som är utan arbete. Under en tioårsperiod mellan 2001 och 2011 så ökade slutenvårdsdiagnoserna med 80 % i femtedelen av befolkningen med lägst inkomst medan det skedde endast små förändringar i övriga inkomstgrupper. Nästan hälften av alla med psykiatriska öppenvårdsdiagnoser återfanns 2011 i femtedelen med lägst inkomst och dessa diagnoser är hela sex gånger så vanliga i denna utsatta grupp jämfört med den femtedelen av befolkningen med högst inkomst. Det omvända gäller för skillnader mellan inrikes och utrikes födda, utrikes födda kvinnor och män är överrepresenterade både gällande självrapporterade psykiska besvär och psykiatriska öppenvårdsdiagnoser, men här kan vi se att en relativ minskning av ojämlikheterna skett över tid. Självrapportering av nedstämdhet bland ungdomar skiljer sig inte åt något särskilt håll baserat på föräldrarnas utbildningsnivå och ser man till hela den studerade perioden så skiljer det sig inte heller mellan inrikes och utrikes födda barn. Dock ökar rapporteringen av nedstämdhet bland flickor födda i Sverige och vid den senaste undersökningen 2016/2017 så rapporterade flickor som är födda i Sverige nedstämdhet mer än dubbelt så ofta som utrikes födda flickor, 21 respektive 10 %. Resultaten tyder också på att flickor som bor med ensamstående föräldrar har högre risk för nedstämdhet jämfört med flickor som har sammanboende föräldrar, men för pojkar skiljer sig inte rapportering av nedstämdhet baserat på familjesituation. Generellt så fanns det en del brister i den data som beskriver ojämlikheter i psykisk ohälsa mellan barn och unga.

Slutsatsen är att den psykiska ohälsan är betydande bland befolkningen i Sverige. Det är svårt att sätta en siffra på hur stor den psykiska ohälsan är men i vissa grupper av befolkningen (unga

kvinnor 16–29 år, samt studerande och arbetslösa kvinnor 16–84 år) rapporterar ungefär två tredjedelar av befolkningen besvär av ångest, och ungefär var femte 15-årig flicka rapporterar att de känner nedstämdhet dagligen. Utvecklingen tyder att internaliserande psykiska besvär bland ungdomar och unga vuxna ökar, vilket kan få stora konsekvenser för ekonomins funktionssätt framöver eftersom denna grupp utgör den huvudsakliga delen av arbetskraften inom ett par årtionden. Utvecklingen tyder vidare på att socioekonomiska skillnader i psykisk ohälsa ökar bland den vuxna befolkningen vilket också kan få konsekvenser för ekonomins funktionssätt genom att det över tid leder till ett förstärkt samband mellan psykisk ohälsa och låg SES.

## 4 Vad påverkar psykisk ohälsa och dess utveckling?

Långtidsutredningen analyserar utmaningar på lång sikt, så det är av intresse att veta hur den psykiska ohälsan kan förväntas utvecklas i Sverige framöver. Det är också av intresse att veta vad man kan göra för att påverka utvecklingen av psykisk ohälsa och dess negativa konsekvenser. För ett få en uppfattning om detta så behöver man dock veta vad som påverkar psykisk ohälsa. Samma empiriska utmaningar som är kopplade till att mäta *konsekvenser* av psykisk ohälsa är kopplade till att mäta *orsaker till* psykisk ohälsa (se avsnitt 2.2). Litteraturen som undersöker orsaker till psykisk ohälsa är därför relativt begränsad men det finns trots detta ett visst vetenskapligt stöd för specifika orsaker till psykisk ohälsa bland vuxna, exempelvis arbetslöshet och fysiska hälsochocker (67-74). Däremot är litteraturen som kartlägger bestämningsfaktorer till psykisk ohälsa väl utvecklad. Den psykiska ohälsans bestämningsfaktorer är både faktorer som är positivt associerade med ohälsan, s.k. riskfaktorer, och faktorer som är negativt associerade med ohälsan, s.k. skyddsfaktorer. I detta kapitel beskrivs i avsnitt 4.1 sammanfattat vad det existerande forskningsläget säger om den psykiska ohälsans bestämningsfaktorer utifrån två aktuella rapporter från Folkhälsomyndigheten (12, 15), två rapporter i Lancet (63, 75) och en rapport i Lancet Psychiatry (76). I avsnitt 4.2 diskuteras mer specifikt vilka förändringar, exempelvis i befolkningens sammansättning och på arbetsmarknaden, som skulle kunna förklara förändringar i befolkningens psykiska hälsa.

## 4.1 Bestämningsfaktorer för psykisk ohälsa

Bestämningsfaktorer för psykisk ohälsa kan både vara individuella egenskaper som inte är påverkbara såsom kön, genetiska egenskaper, medfödda förmågor eller funktionshinder men också faktorer som ur samhällssynpunkt är föränderliga och därför kan användas för att påverka utvecklingen av psykisk ohälsa såsom familjerelationer, levnadsvanor, delaktighet inom skolan och samhället mm. Redan innan födseln och väldigt tidigt i livet finns det faktorer som är kopplade till sämre psykisk hälsa senare i livet såsom föräldrars hälsa, föräldrars socioekonomi, och hur mamman och det nyfödda barnet knyter an till varandra, se figur 4.1 för påverkbara bestämningsfaktorer för psykisk ohälsa ur ett livstidsperspektiv. Under barn- och ungdom så är det en kombination av flera andra faktorer som är kopplade till psykisk hälsa, dels sociala faktorer som rör skolan, familjen, andra nära relationer och miljön man växer upp i, och dels psykologiska faktorer som beteendestörningar, inlärningssvårigheter, självkänsla, könsidentitet, att ha blivit utsatt för våld mm. Sådana faktorer som rör familjen och andra nära relationer kan exempelvis vara föräldrars omvårdnad, familjesituation, konflikter och dödsfall inom familjen, att vara en del av ett socialt sammanhang och känna tillhörighet inom familjen, vänskapskretsen och i skolan. Faktorer som är relaterade till skolan kan exempelvis vara prestationer, mobbning, stimulans, utveckling och att få stöd vid behov, och miljörelaterade faktorer kan vara att ha möjlighet till kulturella aktiviteter och fritidsaktiviteter, säkerhet och gemenskap i bostadsområdet etc. Psykisk ohälsa uppkommer oftast i ung ålder, och ofta i de fall den psykiska ohälsan uppkommer i vuxen ålder så beror det på faktorer tillbaka i tiden (63). Psykisk ohälsa i vuxen ålder är således kopplad till de flesta av de nämnda egenskaperna men även andra faktorer, exempelvis riskfyllda levnadsvanor beteende gällande alkohol och narkotika, uppkommer. Flera demografiska och socioekonomiska egenskaper har kopplats till psykisk ohälsa bland vuxna och förekomst av psykisk ohälsa är större i vissa grupper i samhället, exempelvis bland icke-heterosexuella, arbetslösa, ensamstående föräldrar och bland de som får försörjningsstöd (15).

Figur 4.1 Bestämningsfaktorer (påverkbara) psykisk ohälsa ur ett livstidsperspektiv



Källa: Patel m.fl. (2007, 2018), Lund m.fl. (2018) och Folkhälsomyndigheten (2018, 2019)

Det är generellt svårt att beräkna den exakta påverkan på psykisk ohälsa av en specifik riskfaktor eftersom det vanligtvis handlar om en kombination av riskfaktorer som samverkar (12). Det är inte heller så att alla riskfaktorer som kopplats till psykisk ohälsa faktiskt orsakar psykisk ohälsa, tex att uppbära försörjningsstöd är inte i sig är en orsak till psykisk ohälsa, men behovet av ett sådant stöd vittnar om att man lever i ekonomisk utsatthet vilket är en riskfaktor för psykisk ohälsa som troligen är kopplad även till andra riskfaktorer såsom exempelvis sämre fysisk hälsa, boendemiljö, social utsatthet etc.

## 4.2 Vad förklarar utvecklingen av psykisk ohälsa?

Ett problem med att använda den historiska utvecklingen av psykisk ohälsa för att extrapolera utvecklingen framöver är att orsakerna till den psykiska ohälsans utveckling till stor del är okända. Det beror på att det är svårt att koppla specifika orsaker till utvecklingen av psykisk ohälsa bland befolkningen eftersom utvecklingen troligtvis formats av en kombination av faktorer, både individuella faktorer i den nära omgivningen såväl som mer strukturella faktorer i samhället som påverkar den psykiska hälsan bland befolkningen. I en

aktuell rapport från Folkhälsomyndigheten försökte man hitta orsaker till ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga i Sverige genom att undersöka några av de bestämningsfaktorer som nämns ovan och studera hur förändringen i dessa korrelerade med förändringen av psykisk ohälsa (12). Flera potentiella förklaringar såsom en ökad ekonomisk ojämlikhet, förändringar inom skolan och familjen, och strukturella samhällsförändringar som en ökad konkurrens vid inträdet på arbetsmarknaden, en ökad grad av individualisering och en ökad användning av sociala medier, undersöktes. De fann att bristande prestationer inom skolan och de förändrade kraven på arbetsmarknaden är korrelerade med ökningen av psykisk ohälsa bland barn, men vetenskapligt stöd för kausala samband saknas och man vet egentligen inte vilken påverkan dessa faktorer har haft på utvecklingen av psykisk ohälsa bland unga i Sverige (12).

I en annan aktuell studie som genomförts på uppdrag av Folkhälsomyndigheten så studerades hur förändringar i befolkningens sammansättning var kopplad till förändrade nivåer av psykisk ohälsa bland den vuxna befolkningen mellan 1994 och 2011 (77). Exempelvis så fann man att en ökad invandring, att färre lever som gifta och att färre var yrkesarbetande bland befolkningen över tid kopplades till ökade nivåer av psykisk ohälsa. En högre utbildningsnivå bland befolkningen över tid kopplades istället till minskade nivåer av psykisk ohälsa. Man fann också att psykisk ohälsa över tid blev mer koncentrerad bland kvinnor, icke yrkesarbetande och bland dem med allra lägst utbildning, vilket innebar att dessa redan utsatta grupper blev sjukare, relativt sett, över tid (77).

Det är möjligt att förändringar i samhället har gjort vissa grupper mer utsatta för riskerna för psykisk ohälsa, exempelvis de förändringar som har skett på den svenska arbetsmarknaden där flera mekanismer är värda att beakta. Efterfrågan på okvalificerad arbetskraft har minskat, Sverige är det land i Europa med lägst andel arbeten utan utbildningskrav eller som kräver endast grundskoleutbildning, vilket gör att en stor del av de grupper som har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden, lågutbildade, utrikes födda, äldre arbetslösa och de med funktionshinder eller nedsatt arbetsförmåga, hamnar utanför arbetsmarknaden (78). Svårigheterna att hitta arbete om man tillhör dessa grupper har också ökat över tid (78). Förändringar har skett även när det gäller anställningsformer. Andelen osäkra anställningar såsom tidsbegränsade anställningar har blivit



något vanligare och denna typ av anställningar är vanligare i vissa grupper, exempelvis bland kvinnor, unga vuxna och utrikes födda jämfört med män, äldre vuxna och inrikes födda (79). Osäkra anställningar innebär en minskad trygghet för arbetstagarna vilket har kopplats till psykisk ohälsa (80) och påverkar eventuellt också indirekt psykisk hälsa genom ökad sårbarhet för andra riskfaktorer. En annan strukturell förändring på arbetsmarknaden är att kvinnor i högre grad arbetar i branscher som historiskt setts som mansdominerade. Andelen kvinnor i chefspositioner har dessutom mer än fördubblats från 17 % år 1998 till 36 % år 2016 (81). Trots en mer jämlik position på arbetsmarknaden så tar kvinnor trots detta fortfarande ett större ansvar för arbetet i hemmet än män, vilket kan ha konsekvenser för deras psykiska hälsa (82). Även den teknologiska utvecklingen lett till förändrade krav och förväntningar på de som är i arbetskraften. Utveckling av smartphones och digitalisering rent allmänt har ökat över tid, många är ständigt uppkopplade och tillgängliga vilket har gjort att gränsen mellan arbete och fritid blivit mindre tydlig. Om dessa förändringar har större påverkan på någon speciell grupp, exempelvis bland yngre vuxna jämfört med äldre vuxna, så kan detta bidra till skillnader i utvecklingen av psykisk ohälsa.

Utvecklingen av hushållens ekonomiska standard kan också ha påverkan på utvecklingen av befolkningens psykiska hälsa. Den absoluta ekonomiska standarden har ökat för hela befolkningen de senaste årtiondena, men den har ökat i högre takt bland de med höga inkomster. De relativa ojämlikheterna har således ökat över tid. Gini-koefficienten<sup>15</sup> som är ett mått på relativ ekonomisk ojämlikhet ökade från 0,226 år 1991 till 0,320 år 2016 och andelen av befolkningen i Sverige som har låg ekonomisk standard<sup>16</sup> fördubblades under samma period från sju till 14 procent. Ekonomisk utsatthet (absolut) är kopplad till högre psykisk ohälsa både bland barn och vuxna (12, 15, 75). Det finns studier som visar att relativ ekonomisk ojämlikhet inte påverkar dödlighet (83) eller självrapporterad hälsa (84) i någon högre grad, däremot vet man mindre om hur relativ ekonomisk ojämlikhet påverkar psykisk hälsa. Det är därför svårt att

<sup>15</sup> Gini-koefficienten är ett mått på jämlikheten i fördelningen av inkomst, den kan ligga mellan 0 (total jämlikhet, alla har lika stor inkomst) och 1 (total ojämlikhet, all inkomst tillhör den som tjänar mest).

<sup>16</sup> Låg ekonomisk standard innebär att ha en ekonomisk standard som ligger under 60 % av medianinkomsten i befolkningen.

säga vilken påverkan de ökande ekonomiska klyftorna har på utvecklingen av psykisk ohälsa bland befolkningen.

Troligtvis har ändå flera av dessa förändringar konsekvenser för den psykiska hälsan, såväl som för den ojämlika utvecklingen av psykisk ohälsa, men att peka på några specifika orsaker och uppskatta hur stor roll de har spelat för utvecklingen av psykisk ohälsa är inte möjligt. Dessutom vet vi att utvecklingen av psykiatriska diagnoser och rapporteringen av psykiska besvär kan bero på annat än den faktiska nivån av psykisk ohälsa. Sammantaget medför bristen på kunskap om dessa orsaker att det är svårt att förutspå hur den psykiska ohälsan kommer utvecklas framöver.

## 5 Psykisk ohälsa och ekonomins funktionssätt

Långtidsutredningen ska analysera utmaningar och möjligheter för svensk ekonomi på lång sikt under de närmaste 15–20 åren. Denna rapport utgör ett underlag för långtidsutredningen med vilka utmaningar och möjligheter som finns att påverka ekonomins funktionssätt genom att förändra utvecklingen av psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa uppkommer oftast redan vid ung ålder (4) och har potential att påverka ekonomins funktionssätt genom att den drabbar människor som har större delen av sitt arbetsliv framför sig. Psykisk ohälsa är dessutom en högt bidragande orsak till sjukskrivningar vilket även innebär en omedelbar inverkan på storleken och kvaliteten på arbetsstyrkan. Syftet med denna rapport är att visa hur utvecklingen av psykisk ohälsa kan påverka ekonomins funktionssätt på lång sikt genom dess konsekvenser på utbildning och arbete, och därmed belysa psykisk hälsa som en möjlig tillväxtfaktor. Långtidsutredningen 2019 har ett särskilt fokus på ojämlikhet, vilket innebär att ett syfte även är att förstå hur utvecklingen av psykisk ohälsa påverkar ojämlika ekonomiska möjligheter och utfall.

Det teoretiska ramverket som ligger till grund för rapporten vilar på ekonomisk teori om tillväxt, humankapital och utvecklingen av humankapital. Hälsa kan påverka ekonomins tillväxtfunktion genom dess påverkan på arbetsutbudet, vilket bygger på att hälsa ses som en tillväxtfaktor som påverkar arbetskraftens storlek och produktivitet. Teorier om humankapital har fokuserat på hälsans betydelse för avkastning av arbete bland vuxna, och hur investeringar i hälsa beror på dess förväntade avkastning, men hälsan har också betydelse för utvecklingen av humankapital bland barn. Dessa teorier har utvecklats med ett ökat fokus på hur hälsa, förmågor och färdigheter under barn- och ungdom påverkar utvecklingen av humankapital,

och senare utfall i utbildning och arbete (28, 29). Faktorer såsom föräldrars resurser, boendemiljö och de investeringar som görs i ett barns utveckling lyfts fram som betydande för barns hälsa, och vikten av att ta hänsyn till vissa kritiska perioder under utvecklingen då exempelvis en negativ hälsochock kan vara särskilt skadlig, eller en policyåtgärd kan få särskilt stor effekt belyses. Teorin visar att små skillnader i hälsa tidigt under barndomen kan förstärkas kumulativt över tid och leda till stora socioekonomiska skillnader på lång sikt. Det kan bero dels på att vi föds med olika hälsokapital, dels på att bakgrundsfaktorer, investeringar och hälsochocker vid olika tidpunkter påverkar den kapacitet vi har att utveckla humankapital och lyckas på arbetsmarknaden. Denna utveckling kan påverkas om man vet vilka investeringar som är mest effektiva och när dessa ska sättas in för att ge bäst utväxling. Enligt Heckman (2012) vet vi dock i nuläget för litet om dessa mekanismer för hälsa, och en utökad kunskap om särskilt kritiska eller känsliga perioder skulle vara av stort värde vid utformning av åtgärder (29).

För att förstå den påverkan psykisk ohälsa har vid olika tidpunkter i livet så har en litteraturöversikt genomförts som kartlägger vad den befintliga forskningen säger om effekten av psykisk ohälsa bland barn, ungdomar och vuxna på utbildning och arbetsmarknadsutfall, se kapitel 2. Fokus var också att undersöka om forskningen visar att effekten av psykisk ohälsa skiljer sig mellan olika grupper, exempelvis mellan kvinnor och män eller mellan grupper med olika socioekonomisk status eller etnisk tillhörighet. Litteraturen visar på ofördelaktiga effekter av psykisk ohälsa bland yngre barn och ungdomar på utbildning och senare arbetsmarknadsutfall, samt av psykisk ohälsa bland vuxna på arbetsmarknadsutfall. Vi behöver också veta vilken betydelse dessa konsekvenser har för Sveriges ekonomiska funktionssätt, och behöver således en uppskattning på hur stor den psykiska ohälsan är bland den svenska befolkningen. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland kvinnor och män i olika åldersgrupper (mindre barn, ungdomar, unga vuxna och medelålders vuxna) samt i grupper med olika socioekonomisk status, sysselsättning och utländsk bakgrund beskrivs i kapitel 3. Utvecklingen tyder på en ökande psykisk ohälsa bland befolkningen i Sverige, och i enlighet med tidigare rapporter så tyder resultaten på att ökningen är särskilt stor i den yngre befolkningen. I avsnitt 5.1 presenteras nyckelresultaten från kapitel 2 och 3 mer utförligt, dvs

vad vi vet om utvecklingen av psykisk ohälsa och dess konsekvenser och i avsnitt 5.2 diskuteras de huvudsakliga utmaningarna för ekonomins funktionssätt framöver, samt diskuteras hur dessa kan bemötas.

## 5.1 Nyckelresultat

Den psykiska ohälsan ökar bland befolkningen i Sverige, *men* utvecklingen skiljer sig åt beroende på vilken grupp som studeras och vilket besvär som studeras. Enligt teorin har psykisk ohälsa konsekvenser för kapaciteten att utveckla humankapital och för möjligheten till att lyckas på arbetsmarknaden. Även empiriskt tyder forskningen på att så är fallet. Psykisk ohälsa leder till försämrade möjligheter inom skolan och på arbetsmarknaden. Det finns en hel del forskning där man försöker mäta effekten av psykisk ohälsa på utbildning och arbetsmarknadsutfall, men konsekvenserna skiljer sig till viss del beroende vilken population som studeras, vilket psykiskt besvär som studeras, samt i vilka utfall som konsekvenserna mäts. Dessa studier ger god vägledning om konsekvenserna av psykisk ohälsa i de enskilda fallen, men variationen i studiedesign gör det svårt att väga samman vad litteraturen säger om effekten av de specifika besvären på de olika utfallen i de enskilda populationerna. Med detta sagt presenteras här en diskussion kring nyckelresultaten i denna rapport.

### 5.1.1 Utagerande psykiska problem bland barn och unga

När det gäller psykisk ohälsa bland mindre barn (0–9 år) så är det främst utagerande beteendestörningar såsom exempelvis ADHD och ADD som är vanliga. Den här typen av störningar är de vanligast förekommande besvären även bland äldre barn (10–19 år) även om andra psykiska besvär blir mer förekommande i denna åldersgrupp. Utagerande störningar såsom ADHD och ADD diagnosticeras främst inom öppenvården, och antalet besök har ökat över tid både bland de yngre och de äldre barnen. Inom slutenvården ökade den här typen av diagnoser endast bland de äldre barnen. Ökningen av öppenvårdsdiagnoser beror troligen till stor del av ett minskat bortfall av diagnoser (se tidigare diskussion), men bidragande orsaker

kan också vara ökad uppmärksamhet och kunskap om hur man diagnosticerar barn med den här typen av besvär (85) och att det har skett ökad efterfrågan från skolor på diagnoser som underbygger stödinsatser inom skolan (85). Det finns inget som tyder på att besvären i sig har ökat, utan snarare att barn med utagerande beteendestörningar får hjälp i större utsträckning. Dock finns det heller inget som tyder på att den här typen av besvär skulle få minskad betydelse, vilket innebär att den bästa gissningen om framtiden kan vara den nuvarande nivån. Pojkar är klart överrepresenterade för diagnoser relaterade till utagerande beteendestörningar, inom öppenvården sker det mer än dubbelt så många besök av pojkar jämfört med flickor. Skillnaden minskar något bland äldre barn men en betydande skillnad kvarstår även under ungdomen och först som unga vuxna är kvinnor och män lika ofta diagnosticerade för den här typen av problem. Bland de yngre barnen skedde det år 2017 mellan 870 (flickor) och 2 200 (pojkar) besök inom öppenvården relaterade till dessa diagnoser per 100 000 invånare, och för de äldre barnen skedde det mellan 5 400 (flickor) och 8 500 (pojkar) besök per 100 000 invånare. I genomsnitt skedde ungefär två besök per patient vilket visar att mellan 0,5–1 % av de yngre barnen, och mellan 2,5–4,5 % av de äldre barnen har fått en sådan diagnos inom den specialiserade öppenvården. Litteraturen visar att utagerande beteendestörningar har tydliga negativa konsekvenser på olika utbildnings- och arbetsmarknadsutfall. Utagerande psykiska besvär leder till sämre kognitiva prestationer redan i förskoleålder (32) och bland små skolbarn (37, 38), samt ökar risken för att avbyta studier i förtid både bland barn och ungdomar (36, 44). Dessutom leder ADHD till minskade inkomster, lägre arbetsmarknadsdeltagande och en högre risk för ekonomiskt bistånd som ung vuxen (41). En betydande andel av barn i Sverige lider av utagerande beteendestörningar som vi vet har stora konsekvenser för deras framtida utveckling. Det finns dock skäl att tro att eftersom en större andel av barn diagnosticeras för den här typen av besvär så får de mer utav den hjälp de behöver nu jämfört med tidigare. Det är således möjligt att de negativa konsekvenserna av utagerande beteendestörningar kommer att minska.

## 5.1.2 Inåtvända psykiska problem bland ungdomar

Utagerande beteendestörningar är de vanligaste psykiatriska diagnoserna bland både yngre och äldre barn och när det gäller andra psykiatriska diagnoser av inåtvända karaktär såsom depression och ångestsyndrom så blir dessa mer vanliga först bland de lite äldre barnen. Viktigt att komma ihåg är att bara för att yngre barn inte diagnosticeras med inåtvända besvär i någon högre utsträckning så betyder det inte att de inte förekommer. Eventuellt kan det handla om att yngre barn inte kan förmedla att de lider av dessa besvär eller att de inte uppmärksammas på samma sätt som utagerande besvär som påverkar omgivningen i högre grad. Detta speglas i trenderna av dagliga självrapporterade besvär, 11-åringar rapporterar mer sällan nedstämdhet jämfört med 13- och 15-åringar. Rapportering av dagliga besvär av nedstämdhet har fördubblats bland 11- och 13-åriga flickor och mer än fördubblats bland 15-åriga flickor i Sverige under det senaste årtiondet. Utvecklingen ser likadan ut för andra psykiska och psykosomatiska besvär såsom nervositet och sömnlöshet bland skolbarn i Sverige (11). Även de psykiatriska slutenvårdsdiagnoserna för depressions- och ångestsyndrom ökar. Sammantaget tyder denna utveckling på att psykisk ohälsa som är relaterad till inåtvända besvär har ökat över tid bland de äldre barnen. Ökningen är tydligast bland flickor, och dessa besvär är ca tre gånger vanligare bland flickor jämfört med pojkar. 8–17 % av flickorna och 3–5 % av pojkarna rapporterar dagliga besvär av nedstämdhet och år 2017 gjordes bland flickor ungefär 8 000 besök inom öppenvården relaterade till dessa diagnoser per 100 000 invånare, bland pojkar skedde det ungefär 3 000 besök per 100 000 invånare. I genomsnitt skedde något mer än två besök per patient vilket visar att drygt en procent av pojkarna och drygt tre procent av flickorna lider av den här typen av besvär. De inåtvända besvären är mindre vanliga bland yngre barn och således finns det också färre studier som undersöker effekten på senare utfall bland yngre barn. Däremot finns det en hel del studier som undersöker effekten av sådana besvär någon gång under barndomen eller bland ungdomar. Depression bland unga leder till sämre skolbetyg (46, 54) och ökad risk för att gå om en årskurs (46), samt minskar sannolikheten att avsluta gymnasiet (34, 46). Depression och ångestbesvär under ungdomen leder också till en lägre sannolikhet att vara i arbete och fler veckor av arbetslöshet

under den följande 10-årsperioden (43). Även på lång sikt har dessa besvär påverkan på senare arbetsmarknadsutfall. De som drabbades av ångestsyndrom innan 18 års har fler arbetslösa dagar per år (45) och depression innan 17 års ålder leder till färre arbetsveckor per år samt sämre inkomst (39). Det finns vissa studier som inte ger stöd för en effekt av inåtvända psykiska problem på sannolikheten att hoppa av skolan (36, 39) eller på inkomst (42), men den samlade bilden är ändå att prestationer i skolan och utbildningsnivå påverkas betydligt även av inåtvända psykiska besvär. En betydande andel av barn i Sverige lider alltså av psykiska problem relaterade till depression och ångest, och dessa problem, i likhet med utagerande beteendestörningar, är relaterade till ofördelaktiga utfall under utvecklingen och senare i livet. När det gäller inåtvända problem bland unga så är det fler indikatorer som tyder på att dessa problem har ökat. Det är således troligt att konsekvenserna av dessa problem kommer att få ökad betydelse framöver, och effektiva strategier för att dämpa utvecklingen och hjälpa de drabbade behöver utvecklas.

### 5.1.3 Psyisk ohälsa bland vuxna

Mycket tyder på att den oroväckande utvecklingen av psykisk ohälsa som sker bland ungdomar även sker bland unga vuxna. Psykiatriska öppen- och slutenvårdsdiagnoser, såväl som självrapporterad ångest, stress och nedstämdhet ökar om man ser över den studerade perioden. Trenden avtar för diagnoser under de allra senaste åren men under samma period ökar självrapporterade besvär kraftigt. De självrapporterade psykiska besvären ökar över tid också bland medelålders vuxna men trenden i psykiatriska diagnoser tyder inte på en ökning av den psykiska ohälsan bland medelålders vuxna. Jämfört med ungdomar så är utagerande beteendestörningar såsom ADHD mindre förekommande bland vuxna men även i denna grupp besöker en ökande andel vården för hjälp med beteendestörningar som vanligen uppkommer under barndomen, exempelvis ADHD. Depression, ångestsyndrom och missbruksproblem har däremot större betydelse bland vuxna och de inåtvända besvären är mer vanligt förekommande bland kvinnor medan missbruksproblem är mer vanliga bland män. För diagnoser relaterade till depressions- och ångestsyndrom gjordes det år 2017 bland unga kvinnor mer än



10 000 besök per 100 000 invånare och bland unga män var motsvarande antal besök drygt 5 000 per 100 000 invånare. I genomsnitt gjordes det mellan två och tre besök per patient så drygt två procent av unga män och drygt fyra procent av unga kvinnor har fått en diagnos inom öppenvården som är relaterad till depression eller ångest. Både unga och medelålders vuxna rapporterar inåtvända besvär i hög rad men bland unga kvinnor är utvecklingen särskilt oroväckande. Vid den senaste undersökningen av Nationella folkhälsoenkäten-Hälsa på lika villkor rapporterades två tredjedelar av unga kvinnor ångest, en tredjedel rapporterade stress och nedsatt psykiskt välbefinnande, och en femtedel rapporterade svår ångest. Missbruksproblem har också stor betydelse för den psykiska hälsan bland vuxna och dessa problem verkar öka över tid bland unga vuxna om man ser till hela den studerade perioden (under 2000-talet), särskilt bland unga män som nu är drabbade i samma utsträckning som medelålder män. Dock minskar missbruksproblemen i förekomst de allra senaste åren bland vuxna kvinnor och män, vilket är en positiv utveckling.

Det teoretiska ramverket visar att ohälsa påverkar ekonomins funktionssätt genom att den påverkar storleken på arbetskraften och att ohälsa påverkar hur man investerar i sitt humankapital (hälsa och utbildning) genom att ohälsan påverkar den förväntade avkastningen på investeringarna. Litteraturen visar att psykisk ohälsa minskar sannolikheten att vara i arbete (47-53, 59-61) och ökar risken att vara frånvarande från arbetet (48, 49, 60). Generellt råder det konsensus i den existerande litteraturen att de som är psykiskt sjuka arbetar i mindre utsträckning.

#### **5.1.4 En självförstärkande effekt av psykisk ohälsa på utvecklingen av humankapital och senare arbetsmarknadsutfall**

Det teoretiska ramverket visar att den negativa effekten av ohälsa under barndomen kan vara självförstärkande över tid så att tidiga psykiska problem har större påverkan på kapaciteten att utveckla humankapital över tid, vilket i så fall innebär att tidiga besvär av exempelvis ADHD skulle leda till större negativa konsekvenser i utbildning och arbetsmarknadsutfall jämfört med besvär senare under utvecklingen. Bland de studier som undersöker effekten av

psykiska besvär bland barn finns det inte empiriskt stöd för en självförstärkande effekt på utbildning, men inte heller stöd emot en sådan effekt. I en studie finns det däremot stöd för en självförstärkande effekt på arbetsmarknadsutfall bland dem som hade tidiga besvär av ADHD jämfört med dem som hade senare besvär (besvärerna mättes någon gång mellan 5 och 12 års ålder). Risken att inte delta på arbetsmarknaden är ungefär tre gånger så hög och den förlorade inkomsten är dubbelt så hög för dem med tidiga besvär (41). Det behövs dock fler studier för att kunna dra säkra slutsatser om utagerande besvär är självförstärkande över tid, eller om det finns särskilt känsliga eller kritiska perioder. För de inåtvända besvärerna studeras inte om effekten skiljer sig beroende på när de psykiska besvärerna uppstod, således kan man inte heller för den här typen av besvär säga något om särskilt kritiska perioder. Att en effekt av psykisk ohälsa på utvecklingen av humankapital är självförstärkande över tid och därför mer allvarlig ju tidigare den uppstår kan vara rimligt, även om det inte kan styrkas i empiriska studier.

### **5.1.5 Psyisk ohälsa och dess påverkan på ojämlika ekonomiska förhållanden**

Det teoretiska ramverket visar att olika bakgrundsfaktorer såsom kön, föräldrars SES, uppväxtmiljö etc. kan leda till skillnader i hälsa och konsekvenserna av ohälsa, vilket kan bidra till ojämlika förutsättningar och möjligheter mellan exempelvis flickor och pojkar och mellan barn med olika bakgrund. En undersökning av könsskillnader i den svenska skolan visar att skillnader i skolprestationer mellan flickor och pojkar uppkommer redan i grundskolan och förstärks under skolgången (86). Flickor presterar bättre, särskilt gällande läskunskaper, men intressant är att betyg mellan flickor och pojkar skiljer sig mer än resultaten på nationella prov och kognitiva tester (86). Det tyder på att andra faktorer än bara de kognitiva förmågorna har betydelse för skillnaderna i betyg mellan flickor och pojkar. Att pojkar är överrepresenterade för utagerande beteendestörningar som ADHD och ADD är en möjlig förklaring till en del av könsskillnaderna inom skolan. Dessa besvär kopplas visserligen till sämre kognitiva förmågor, men de är troligtvis också kopplade till andra förmågor som påverkar bedömningsgrundande prestationer i skolan.

På liknande vis är det möjligt att inåtvända psykiska besvär skapar ojämlikhet mellan kvinnor och män. Dessa problem är två till tre gånger vanligare bland flickor och unga kvinnor jämfört med pojkar och män, och samtidigt kopplade till sämre utbildnings- och arbetsmarknadsutfall, även på lång sikt. Dessa betydande skillnader i prevalens mellan könen skapar troligtvis ojämlika ekonomiska förutsättningar mellan könen. Resultaten i flera av de undersökta studierna tyder på att *konsekvenserna* av inåtvända besvär är värre bland män jämfört med kvinnor, den undersökta litteraturen ger däremot inte stöd för att konsekvenserna skulle skilja sig mellan flickor och pojkar. En möjlig förklaring till att konsekvenserna i vissa fall är större bland män är att män i lägre grad söker hjälp för psykiska problem, vilket betyder att när de väl uppsöker vården så har de en svårare symptombild än kvinnorna vilket resulterar i mer allvarliga konsekvenser. Kvinnor, även högre upp i åldern, drabbas trots allt i betydande högre grad av dessa besvär jämfört med män.

Ekonomiska förutsättningar, uppväxtvillkor och andra faktorer har betydelse för den psykiska ohälsan och socioekonomiska skillnader bland barn i Sverige kan ses redan i tidig ålder (15). I några studier fann vi stöd för att också konsekvenserna av utagerande besvär bland mindre barn påverkas av föräldrars utbildning och inkomst (32, 37, 38). Detta är viktigt att beakta eftersom om det är så att barn ifrån lägre socioekonomiska grupper dels drabbas oftare av psykisk ohälsa, dels drabbas av svårare konsekvenser, så kan det förstärka det dubbelriktade sambandet mellan psykisk ohälsa och ekonomiska utfall. För de studier som undersökte långsiktiga konsekvenser av psykisk ohälsa på senare inkomst kunde man också se att den negativa effekten var särskilt stor eller driven av de med lägst inkomst (40, 42). Det behövs mer stöd i litteraturen för hur skillnader i psykisk hälsa och konsekvenser av psykisk ohälsa påverkas av ojämlika uppväxtvillkor, samt i vilken grad sådana skillnader bidrar till ojämlika förutsättningar för utvecklingen av human kapital och framtida möjligheter.

När det gäller psykisk ohälsa bland medelålders vuxna är de ökande socioekonomiska klyftorna särskilt tydliga. Mycket tyder på att den psykiska hälsan försämras bland de som har det svårt eller lever i en utsatt situation i andra avseenden, exempelvis bland de lägsta socioekonomiska grupperna och bland de som befinner sig utanför arbetsmarknaden. Detta stöds av en nyligen släppt rapport

från Folkhälsomyndigheten som även identifierar andra grupper såsom kvinnor, icke-heterosexuella, ensamstående föräldrar och de med funktionsnedsättningar som särskilt utsatta grupper (15). Att psykisk ohälsa förekommer mer i vissa grupper går vanligtvis inte att härleda till en specifik orsak utan beror snarare på att vissa grupper i jämförelse med andra utsätts för fler riskfaktorer för psykisk ohälsa. Både för individen, familjen och omgivningen leder de negativa konsekvenserna till en högre utsatthet och känslighet för riskfaktorer för psykisk ohälsa vilket förstärker det ofördelaktiga sambandet mellan psykisk ohälsa och ekonomisk/social utsatthet. Det är relativt få studier som ingår i litteraturöversikten som undersöker hur konsekvenserna av psykisk ohälsa bland vuxna skiljer sig baserat på utbildning, inkomst och etnicitet. Dessa studier indikerar att SES har betydelse de negativa konsekvenserna av psykisk ohälsa, de som har högkvalificerade yrken hamnar mer sällan utan arbete efter psykisk ohälsa och när man jämför konsekvenserna i olika etniska grupper så var konsekvenserna värre i socioekonomiskt utsatta grupper. En djupare kunskap om hur konsekvenserna av psykisk ohälsa skiljer sig mellan olika grupper skulle vara värdefullt för att få en större förståelse för hur sådana skillnader bidrar till ekonomisk ojämlikhet i samhället.

## 5.2 Diskussion och slutsatser

Denna rapport utgör ett underlag för Långtidsutredningen med vilka ohälsorelaterade utmaningar och möjligheter som bör beaktas i den långsiktiga politiken framöver och fokus är på hur utvecklingen av psykisk ohälsa skulle kunna påverka ekonomins funktionssätt. Rapporten visar att förekomsten av psykisk ohälsa är betydande i den svenska befolkningen och kan på många sätt påverka ekonomins funktionssätt. Några huvudsakliga utmaningar har identifierats som särskilt bör beaktas:

- *Hög förekomst av utagerande psykiska besvär bland barn och ungdomar. Utagerande beteendestörningar är dock vanligt förekommande bland barn och unga och leder till sämre prestationer i skolan och sämre arbetsmarknadsutfall. Utagerande beteendestörningar är dubbelt så vanligt förekommande bland pojkar jämfört med flickor och det är möjligt att denna skillnad mellan könen*

*bidrar till att skapa ojämlika förutsättningar mellan könen när det gäller möjligheterna att lyckas i skolan. Mycket tyder på att högre medvetenhet och kunskap kring dessa problem har gjort att allt fler får hjälp för sina besvär.*

- **Hög förekomst av inåtvända psykiska problem hos ungdomar och unga vuxna som dessutom ökar över tid.** Dessa problem är särskilt vanliga bland den unga befolkningen och ökar i förekomst bland ungdomar och unga vuxna vilket är särskilt oroväckande eftersom denna grupp kommer att utgöra den huvudsakliga arbetskraften inom några årtionden. Inåtvända psykiska besvär har betydande negativa konsekvenser på utbildning och arbetsutbud och vi vet också att dessa problem är en vanlig orsak till sjukskrivning från arbetet. Flickor och unga kvinnor är två till tre gånger oftare drabbade jämfört med pojkar och unga män så det är troligt att även dessa problem bidrar till ojämlika ekonomiska förutsättningar mellan kvinnor och män.
- **Ökande socioekonomiska skillnader i psykisk ohälsa bland vuxna.** Psykisk ohälsa verkar inte öka om man ser till den medelålders vuxna befolkningen som helhet, men däremot ökar den i vissa utsatta grupper. Den psykiska hälsan försämras bland de lägsta socioekonomiska grupperna och bland de som befinner sig utanför arbetsmarknaden. Litteraturen visar att psykisk ohälsa (ofta inåtvända besvär) ofta leder till att man står utanför arbetsmarknaden. De negativa konsekvenserna kan även spridas och leder till en högre risk för psykisk ohälsa även för barn, familjemedlemmar och andra i omgivningen.

I denna rapport har vi belyst psykisk hälsa som en viktig tillväxtförutsättning och visat att utvecklingen av psykisk ohälsa bland den svenska befolkningen kan medföra stora utmaningar för den ekonomiska tillväxten framöver. Flera av rapportens slutsatser kan uppfattas som sådant vi redan vet; psykisk ohälsa har flertalet gånger lyfts som ett stort folkhälsoproblem exempelvis inom media och att psykisk ohälsa påverkar tillväxten genom att de med sämre psykisk hälsa arbetar mindre är både intuitivt rimligt och underbyggt av en hel del litteratur som visar på tydliga samband mellan psykisk ohälsa och lägre utbildning och sysselsättning. Det finns dock svårigheter med att mäta förekomst och uppskatta konsekvenserna

av ett så mångfacetterat fenomen som psykisk ohälsa, vilket också leder till en stor osäkerhet kring hur man ska tolka de resultat som finns. Detta är möjliga förklaringar till att ohälsa, och i synnerhet psykisk ohälsa, sällan förekommer i diskussioner om ekonomisk tillväxt och ekonomins tillväxtförutsättningar, trots att psykisk ohälsa svarar för den största delen av sjukskrivningarna vilket är ett direkt mått på ekonomisk belastning och dess samhällskostnader. En annan anledning kan vara att förekomsten av psykisk ohälsa, och de konsekvenser ohälsan kan orsaka, varierar mellan olika befolkningsgrupper, vilket medför en osäkerhet dels om de faktiska konsekvenserna för samhällsekonomin och dels om den faktiska nyttan av en åtgärd. En åtgärd i en befolkningsgrupp med hög prevalens av psykisk ohälsa kan vara effektiv för att minska ohälsa men ha en relativt låg effekt på tillväxten. Dock kan satsningar i befolkningsgrupper med hög psykisk ohälsa och låg produktivitet ha gynnsamma effekter på ekonomisk ojämlikhet och ojämlikhet i hälsa, vilket leder till svåra avvägningar mellan jämlikhet och effektivitet.

Psyisk ohälsa medför en stor börda både för individen (i de individuella tillväxtfaktorer som litteraturen visat) och för samhället i stort i form av kostnader för vård, sociala insatser och förlorad produktion som ett lägre arbetsdeltagande resulterar i, men att beräkna omfattningen av dessa kostnader är svårt. I en aktuell rapport från OECD, Health at a glance-2018, identifieras psykisk ohälsa som en av de stora utmaningarna för folkhälsan och man uppskattar kostnaderna av psykisk ohälsa i Europa (EU-28) till strax över 4 % av BNP, vilket motsvarar hela 600 miljarder euro (10). I Tyskland, Belgien, Nederländerna och de nordiska länderna är kostnaderna som högst och ligger runt 5 % av dessa länders BNP. Trots höga siffror så menar de att uppskattningen är en underdrift då vissa kostnader inte är inräknade, såsom exempelvis högre sjukvårdskostnader för de som lider av samsjuklighet av psykiatriska tillstånd och kostnader som uppkommer för anhöriga och omgivningen (10). I Sverige kostar den psykiska ohälsan över 20 miljarder euro varav mer än en tredjedel utgör indirekta kostnader som är relaterade till arbetsutbud och lägre produktion (10). En betydande del av dessa kostnader går troligen att undvika med en effektiv allokering av de resurser som finns, men hur stor avkastningen en investering riktad mot psykisk ohälsa blir beror på hur effektiv

åtgärden är med avseende på hur den psykiska ohälsan skulle ha utvecklats över livscykel; mot vilken befolkningsgrupp den riktas, hur arbetsutbud och produktivitet förändras med interventionen; samt vilken vikt vi lägger på inkomstjämlighet vs effektivitet. Det är således inte möjligt med gällande kunskapsläge att skatta vilka insatser mot psykisk ohälsa som skulle öka den ekonomiska tillväxten utan att göra grova antaganden. Man kan trots det spekulera i vad som kan göras för att dämpa en negativ utveckling.

Vi har dock viss kunskap om vilka faktorer som är kopplade till psykisk ohälsa, se kapitel 4 för en beskrivning av den psykiska ohälsans bestämningsfaktorer under ett livstidsperspektiv. Psykisk ohälsa bestäms ofta tidigt i livet även om ohälsan inte alltid uppkommer eller upptäcks förrän senare i livet (75). Under de första åren i ett barns liv är det till stor del faktorer som är relaterade till föräldrarna som har betydelse för den psykiska hälsan. Psykisk ohälsa är exempelvis mer vanligt förekommande bland barn som har föräldrar med låg SES och bland barn som har föräldrar som lider av (psykisk) ohälsa (63, 75). Flera sociala faktorer som rör familjen, skolan och miljön man växer upp i är också kopplat till barns psykiska hälsa, såväl som psykologiska faktorer såsom inlärnings-svårigheter, självkänsla, könsidentitet, att ha blivit utsatt för våld mm (63, 75). Barn behöver känna omvårdnad, tillhörighet och trygghet oavsett om det handlar om relationer inom familjen eller andra relationer i skolan och det sociala nätverket. Barn behöver också stimulans och stöd i sin utveckling vilket ges både av föräldrarna och inom förskola och skola (63, 75). Under övergången till vuxenlivet är fortfarande flera av de nämnda faktorerna kopplade till den psykiska hälsan men även andra bestämningsfaktorer uppkommer såsom riskbeteende gällande exempelvis alkohol och droger, deltagande i högre utbildning, inträdet på arbetsmarknaden, arbetsmiljö, ekonomisk situation. Nya relationer i det vuxna livet, dvs om man lever tillsammans med någon och själv blir förälder, kan också ha betydelse för den psykiska hälsan.

Det finns olika typer av åtgärder för att motverka utvecklingen av psykisk ohälsa och för att motverka dess negativa effekt på ekonomins funktionssätt, dels preventiva åtgärder som kan användas för att förhindra att den psykiska ohälsan uppkommer överhuvudtaget, och dels behandlings- och rehabiliteringsinsatser för att hjälpa de som redan är drabbade. Preventiva åtgärder förebygger psykisk

ohälsa antingen genom att främja de skyddande faktorer som finns eller genom att motverka de faktorer som utgör en risk för psykisk ohälsa. Förutom direkta åtgärder för att hjälpa föräldrar med psykisk ohälsa eller i ekonomisk utsatthet så kan de allra första preventiva åtgärderna exempelvis handla om stöd i föräldraskapet vilket kan ske genom hembesök av barnsköterska, amningshjälp eller föräldrautbildning för nyblivna föräldrar (75, 87). Man har också sett att åtgärder inom förskola och skola främjar barnens sociala, känslomässiga och problemlösande förmågor, samt att lära barnen att hantera motgångar och konflikter är värdefullt för god psykisk hälsa bland barn i alla åldrar (75). Andra viktiga förebyggande åtgärder bland ungdomar inkluderar information och stöd gällande alkohol och droger, program som motverkar mobbning, utbildning och information till exempelvis skolhälsovården hur man identifierar tidiga symptom på psykisk ohälsa (75). Preventiva åtgärder mot psykiska ohälsa bland vuxna kan också vara kostnadseffektiva (87-89). Enligt en nyligen genomförd litteraturöversikt har psykologiska interventioner, exempelvis KBT-terapi, bland studerande på högskolor och universitet visat sig effektiva i att främja psykisk hälsa och reducera symptom av stress, ångest och depression (90). Det är möjligt att arbetsplatsinterventioner som främjar en god arbetsplatsmiljö (anti-mobbning, reducera stigma gällande psykisk ohälsa etc.) bidrar till bättre psykisk hälsa, men kunskapsläget är oklart gällande effekten av förebyggande insatser på arbetsplatser (genom Företagshälsovården) enligt en aktuell kartläggning av litteraturen (91).

Preventiva åtgärder är fördelaktiga eftersom både de direkta och indirekta kostnaderna av psykiska besvär skulle minska. Dock är det inte alltid lätt att veta mot vem eller vilka grupper åtgärden ska riktas mot för att få störst effekt. I Sverige stävar man efter en jämlik hälso- och sjukvård för alla och flera preventiva insatser görs för att främja den psykiska hälsan bland. Exempelvis så erbjuds alla föräldrar och barn vård och stöd genom mödra- och barnhälsovården upp till skolåldern och därefter genom skolhälsovården. Trots detta finns det stora omotiverade skillnader i vem som tillgodogör sig vården. En studie från Region Skåne visade att hela 16 % av barn i socioekonomiskt utsatta områden i Skåne missade fyraårsbesöket vid barnhälsovården medan motsvarande andel i resursstarka områden var endast 1.5 % (92). Man fann också att socioekonomi och annan



social bakgrund hade betydelse för sannolikheten att screenas för depression efter förlossningen och att mammor i socialt utsatta områden screenades i lägre utsträckning (92). Det kan således vara motiverat att beakta hur vårdens utformning påverkar tillgången till vård och vad som kan göras för att denna ska bli mer jämlik.

OECD visar att även indirekta kostnader utgör en betydande del av de totala kostnaderna för psykisk ohälsa (10), vilket betyder att insatser som är riktade för att minska de negativa konsekvenserna för de som drabbats av psykisk ohälsa också behövs. Behandlings- och rehabiliteringsinsatser används för att minska de psykiska besvären, och för att personen som drabbats av psykisk ohälsa ska återhämta sig för att förhindra att besvären uppkommer igen. Behandlings- och rehabiliteringsåtgärder kan också användas för att förhindra att den psykiska ohälsan får negativa konsekvenser i andra aspekter än den hälsorelaterade, exempelvis inom familjen eller i skolan och på arbetet. Bland små barn är det främst utagerande beteendestörningar som är förekommande och när det gäller den här typen av psykiska besvär så har man sett att det är åtgärder som involverar flera samhällsfunktioner och som riktas mot hela familjen och som är effektiva (75). Även insatser inom skolan kan vara effektiva för att minska såväl utagerande som inåtvända psykiska problem bland barn och ungdomar (93). Det finns också en rad effektiva behandlingsåtgärder för att behandla psykisk ohälsa (minska symptomen) bland vuxna både genom läkemedel och terapi (75). Under rehabiliteringen kan sådan behandling också minska de negativa konsekvenserna av psykisk ohälsa. Som vi kunde se i en studie i litteraturöversikten (kapitel 2) försvann den negativa effekten av psykiska besvär med avseende på arbetsdeltagande helt bland män som behandlades med läkemedel (53). För anställda som är sjukskrivna med psykisk ohälsa har man sett att interventioner med problemlösningsbaserad metod och KBT med arbetsplatsinriktning genom Företagshälsovården påskyndar återgången till arbetet (91). Även stöd och information för chefer hur man ska hantera anställda med psykisk ohälsa, såväl som motivations- och självhjälpprogram kan hjälpa till att minska sjukskrivningar (75). Det finns också en ökad tillgång på innovativa interventioner med hjälp av digitala lösningar som kan användas på olika sätt för att förbättra den psykiska hälsan i befolkningen (75). Dessa kan exempelvis användas för utbildning och spridning av information genom

sociala medier och sms, digitala plattformar som ger stöd i behandlingen till dem med psykiska besvär eller stöd till deras föräldrar/anhöriga. Det finns också ett stort intresse för hur man kan använda sig av digitala metoder för att förbättra screening och diagnosticering av psykiska besvär, och hur man genom sådana applikationer kan möjliggöra även för icke-kliniskt utbildad personal, exempelvis socialtjänsten, att identifiera personer som har psykiska besvär och som annars inte fått den hjälp de behöver (75).

Psyisk ohälsa leder till sämre utbildnings- och arbetsmarknadsutfall och det är troligt att sambandet förstärks av en utsatt ekonomisk eller social situation. Således är både preventiva åtgärder såväl som behandlande och rehabiliterande insatser viktiga för att bryta utvecklingen. Vi har viss kunskap om vad som kan göras för att förbättra den psykiska hälsan bland befolkningen, dels genom förebyggande samhällsinsatser exempelvis i skolan och i arbetslivet, och dels genom vårdinsatser och sociala insatser för att hjälpa dem som redan är drabbade. Preventiva insatser som görs för att förbättra hälsan bland befolkningen bör av etiska skäl vara universella, dvs riktade mot hela befolkningen. Samtidigt kan det vara motiverat att rikta åtgärder proportionerligt mot vissa grupper som har ett större behov av hjälp, exempelvis mot barn som lever i ekonomisk utsatthet eller personer som har blivit utsatta för våld. Genom sådana insatser kan man bidra till en mer jämlik fördelning av den psykisk hälsan och stärka drabbade gruppers deltagande i högre studier och på arbetsmarknaden vilket skulle kunna leda till en mer jämlik fördelning också av de ekonomiska förutsättningarna bland befolkningen. Åtgärder som inriktas på att förebygga psykisk ohälsa bland barn och unga är ofta väl motiverade och underbyggs av övertygande argument, inte bara ekonomiska utan också moraliska argument. Med tanke på den utveckling som vi ser med ökande inåtvända psykiska problem bland den unga befolkningen så kan det vara klokt att satsa på förebyggande åtgärder tidigt bland barn och unga. På så vis är det också möjligt att åstadkomma en mer jämlik psykisk hälsa bland barn och unga vilket är avgörande för att säkerställa att alla barn och unga har samma möjligheter i livet.

# Referenser

1. WHO. Mental health: a state of well-being 2014 [Available from: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)].
2. European Commission. Green paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. 2005.
3. Bremberg S, Dalman C. Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiska tillstånd hos barn och unga. 2015.
4. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustün TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*. 2007;20(4):359-64.
5. Institute for Health Metrics and Evaluation. GDB Profile: Sweden. 2010.
6. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling 2018. 2018.
7. Bremberg S. Mental health problems are rising more in Swedish adolescents than in other Nordic countries and the Netherlands. *Acta Paediatrica*. 2015;104(10):997-1004.
8. Socialstyrelsen. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. 2016.
9. OECD. Health at a glance 2017 OECD indicators. 2017.
10. OECD. Health at a glance: Europe 2018. 2018.
11. Folkhälsomyndigheten. Skolbarns hälsovanor 2017/18. Folkhälsomyndigheten; 2019.
12. Folkhälsomyndigheten. Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2018 2018-04-26. Contract No.: 18023-2.
13. SCB. Demografisk analys: Livslängdstabeller efter utbildningsnivå. 2018.

14. Hu Y, van Lenthe FJ, Borsboom GJ, Looman CWN, Bopp M, Burström B, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 17 European countries between 1990 and 2010. *Journal of epidemiology and community health*. 2016;70(7):644.
15. Folkhälsomyndigheten. Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige – hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på? Folkhälsomyndigheten; 2019.
16. OECD. State of health in the EU: Sverige Landprofil hälsa 2017. 2017.
17. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
18. Institute for Health Metrics and Evaluation. Healthdata GBD compare Sweden 2017 [Available from: <http://www.healthdata.org/Sweden>].
19. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2012;380(9859):2163-96.
20. Försäkringskassan. Sjukskrivning för reaktioner på svår stress ökar mest. 2016.
21. Försäkringskassan. Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning. 2017.
22. Solow RM. A Contribution to the Theory of Economic Growth. *The Quarterly Journal of Economics*. 1956;70(1):65-94.
23. Swan T. Economic growth and Capital accumulation. *The Economic Record*. 1956;32(2):334-61.
24. Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*. 1972;80(2):223-55.
25. Grossman M. The human capital model. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. *Handbook of Health Economics*. 1: Elsevier; 2000. p. 347-408.

26. Galama TJ, Lleras-Muney A, Kippersluis Hv. The Effect of Education on Health and Mortality: A Review of Experimental and QuasiExperimental Evidence. Paper No: 2017-011. CESR-SCHAEFFER working paper series. 2018.
27. Galama TJ, van Kippersluis H. A Theory of Socio-economic Disparities in Health over the Life Cycle. *The Economic Journal*. 2018;0(0).
28. Cunha F, Heckman J. The Technology of Skill Formation. *American Economic Review*. 2007;97(2):31-47.
29. Heckman JJ. The developmental origins of health. *Health Economics*. 2012;21(1):24-9.
30. Folkhälsomyndigheten. Handledning för litteraturoversikter 2017 [Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/handledning-for-litteraturoversikter/>].
31. Prinz D, Chernew M, Cutler D, Frakt A. Health and Economic Activity over the Lifecycle: Literature review. NBER Working Paper Series. 2018.
32. Salm M, Schunk D. The relationship between child health development gaps, and parental education: Evidence from administrative data. *Journal of the European Economic Association*. 2012;10(6):1425-49.
33. Lundborg P, Nilsson A, Rooth D-O. The health-schooling relationship: evidence from Swedish twins. *Journal of Population Economics*. 2016;29(4):1191-215.
34. Fletcher JM. Adolescent depression and educational attainment: results using sibling fixed effects. *Health Economics*. 2009;19(7):855-71.
35. Fletcher J, Wolfe B. Child mental health and human capital accumulation: The case of ADHD revisited. *Journal of Health Economics*. 2008;27(3):794-800.
36. De Ridder KA, Pape K, Johnsen R, Holmen TL, Westin S, Bjørngaard JH. Adolescent health and high school dropout: a prospective cohort study of 9000 Norwegian adolescents (the Young-HUNT). *PLoS One*. 2013;8(9):e74954.
37. Currie J, Stabile M. Mental health in childhood and human capital. NBER Working Paper Series. 2007.

38. Currie J, Stabile M. Child mental health and human capital accumulation: The case of ADHD. *Journal of Health Economics*. 2006;25(6):1094-118.
39. Smith JP, Smith GC. Long-term economic costs of psychological problems during childhood. *Social science & medicine (1982)*. 2010;71(1):110-5.
40. Lundborg P, Nilsson A, Rooth D-O. Adolescent health and adult labor market outcomes. *Journal of Health Economics*. 2014;37:25-40.
41. Fletcher JM. The effects of childhood ADHD on adult labor market outcomes. *Health Economics*. 2013;23(2):159-81.
42. Evensen M, Lyngstad TH, Melkevik O, Reneflot A, Mykletun A. Adolescent mental health and earnings inequalities in adulthood: evidence from the Young-HUNT Study. *Journal of epidemiology and community health*. 2017;71(2):201.
43. Egan M, Daly M, Delaney L. Adolescent psychological distress, unemployment, and the Great Recession: Evidence from the National Longitudinal Study of Youth 1997. *Social Science & Medicine*. 2016;156:98-105.
44. Currie J, Stabile M, Manivong P, Roos LL. Child Health and Young Adult Outcomes. National Bureau of Economic Reserach. 2010.
45. Mousteri V, Daly M, Delaney L, Tynelius P, Rasmussen F. Adolescent mental health and unemployment over the lifespan: Population evidence from Sweden. *Social Science & Medicine*. 2019;222:305-14.
46. Webbink D, Vujic S, Koning P, Martin NG. The effect of childhood conduct disorder on human capital. *Health Econ*. 2012;21(8):928-45.
47. Chatterji P, Alegria M, Takeuchi D. Psychiatric disorders and labor market outcomes: Evidence from the National Comorbidity Survey-Replication. *Journal of Health Economics*. 2011;30(5):858-68.
48. Chatterji P, Alegria M, Lu M, Takeuchi D. Psychiatric disorders and labor market outcomes: evidence from the National Latino and Asian American Study. *Health Econ*. 2007;16(10):1069-90.
49. Banerjee S, Chatterji P, Lahiri K. Effects of Psychiatric Disorders on Labor Market Outcomes: A Latent Variable

- Approach Using Multiple Clinical Indicators. *Health Economics*. 2017;26(2):184-205.
50. Barnay T, Defebvre E. The influence of mental health on job retention. TEPP working paper2016.
  51. Ojeda VD, Frank RG, McGuire TG, Gilmer TP. Mental illness, nativity, gender and labor supply. *Health Economics*. 2009;19(4):396-421.
  52. Frijters P, Johnston DW, Shields MA. The effect of mental health on employment: Evidence from Australian panel data. *Health Economics*. 2014;23(9):1058-71.
  53. Vecchio N, Mihala G, Sheridan J, Hilton MF, Whiteford H, Scuffham PA. A link between labor participation, mental health and class of medication for mental well-being. *Economic Analysis and Policy*. 2014;44(4):376-85.
  54. Ding W, Lehrer SF, Rosenquist JN, Audrain-McGovern J. The impact of poor health on academic performance: New evidence using genetic markers. *Journal of Health Economics*. 2009;28(3):578-97.
  55. Kvist AP, Nielsen HS, Simonsen M. The importance of children's ADHD for parents' relationship stability and labor supply. *Social Science & Medicine*. 2013;88:30-8.
  56. Dahlen HM. The impact of maternal depression on child academic and socioemotional outcomes. *Economics of Education Review*. 2016;52:77-90.
  57. Frank R, Meara E. The effect of maternal depression and substance abuse on child human capital development. [Working paper]. In press 2009.
  58. Le HT, Nguyen HT. Parental health and children's cognitive and noncognitive development: New evidence from the longitudinal survey of Australian children. *Health Economics*. 2017;26(12):1767-88.
  59. Bharadway P, Lundborg P, Rooth D-O. Health and unemployment during macroeconomic crises. NBER working paper series S2015.
  60. Peng L, Meyerhoefer CD, Zuvekas SH. The Short-Term Effect of Depressive Symptoms on Labor Market Outcomes. *Health Economics*. 2015;25(10):1223-38.

61. Zhang X, Zhao X, Harris A. Chronic diseases and labour force participation in Australia. *Journal of Health Economics*. 2009;28(1):91-108.
62. Currie J, Hyson R. Is the Impact of Health Shocks Cushioned by Socioeconomic Status? The Case of Low Birthweight. *American Economic Review*. 1999;89(2):245-50.
63. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*. 2007;369(9569):1302-13.
64. Boyd A, Van de Velde S, Vilagut G, de Graaf R, O'Neill S, Florescu S, et al. Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: results from a large cross-sectional population-based study. *J Affect Disord*. 2015;173:245-54.
65. Socialstyrelsens statistikdatabas [Internet]. 2018 [cited 20180927]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas>.
66. Socialstyrelsen. Patientregistret Bortfall och kvalitet 2017 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret/bortfallochkvalitet>].
67. Browning M, Heinesen E. Effect of job loss due to plant closure on mortality and hospitalization. *Journal of Health Economics*. 2012;31(4):599-616.
68. Kronenberg C, Jacobs R, Zucchelli E. The impact of the UK National Minimum Wage on mental health. *SSM - Population Health*. 2017;3:749-55.
69. Schaller J, Stevens AH. Short-run effects of job loss on health conditions, health insurance, and health care utilization. *Journal of Health Economics*. 2015;43:190-203.
70. Schiele V, Schmitz H. Quantile treatment effects of job loss on health. *Journal of Health Economics*. 2016;49:59-69.
71. Gathergood J. An instrumental variable approach to unemployment, psychological health and social norm effects. *Health Econ*. 2013;22(6):643-54.
72. Mohanan M, Maselko J. Quasi-experimental evidence on the causal effects of physical health on mental health. *International Journal of Epidemiology*. 2009;39(2):487-93.
73. Eliason M, Storrie D. Job loss is bad for your health - Swedish evidence on cause-specific hospitalization following



- involuntary job loss. *Social science & medicine* (1982). 2009;68(8):1396-406.
74. Eliason M, Storrie D. Does Job Loss Shorten Life? *The Journal of Human Resources*. 2009;44(2):277-302.
  75. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* (London, England). 2018;392(10157):1553-98.
  76. 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.
  77. Linder A, Spika D, Gerdham U, Fritzell S, Heckley G. Mental health and its socioeconomic inequality in Sweden: the role of demographic changes over time [Working paper]. In press 2018.
  78. Eriksson S, Hensvik L, Skans ON. Den svenska arbetsmarknaden och dess utmaningar. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering; 2017.
  79. SCB. Utvecklingen av tidsbegränsat anställda. Sveriges Officiella Statistik 2015.
  80. D'Souza RM, Strazdins L, Lim LL, Broom DH, Rodgers B. Work and health in a contemporary society: demands, control, and insecurity. *Journal of epidemiology and community health*. 2003;57(11):849-54.
  81. Svenskt Näringsliv. Fakta om löner och arbetstider 2017. 2017.
  82. Boye K, Nermo M. Lönsamt arbete -familjeansvarets fördelning och konsekvenser SOU 2014:28. Statens offentliga utredningar 2014.
  83. Gerdtham U-G, Johannesson M. Absolute income, relative income, income inequality, and mortality. *Journal of Human Resources*. 2004;39 (1):228-47.
  84. Rostila M, Kolegard ML, Fritzell J. Income inequality and self-rated health in Stockholm, Sweden: a test of the 'income inequality hypothesis' on two levels of aggregation. *Social science & medicine* (1982). 2012;74(7):1091-8.
  85. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin Stockholms läns landsting. Autismspektrumtillstånd och ADHD bland

- barn och unga i Stockholms län: Förekomst i befolkningen samt vårdsökande under åren 2011 till 2016. Faktablad 2017:1. 2017.
86. Sjögren A. Könsskillnader i den svenska skolan. SNS Analys; 2017.
  87. Enns J, Holmqvist M, Wener P, Halas G, Rothney J, Schultz A, et al. Mapping interventions that promote mental health in the general population: A scoping review of reviews. *Preventive medicine*. 2016;87:70-80.
  88. Champion J, Knapp M. The economic case for improved coverage of public mental health interventions. *The lancet Psychiatry*. 2018;5(2):103-5.
  89. Arango C, Diaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, et al. Preventive strategies for mental health. *The lancet Psychiatry*. 2018;5(7):591-604.
  90. Winzer R, Lindberg L, Guldbbrandsson K, Sidorchuk A. Effects of mental health interventions for students in higher education are sustainable over time: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PeerJ*. 2018;6:e4598.
  91. miljömedicin Cfa-o. Insatser via företagshälsovården för att minska eller förebygga psykisk ohälsa-En kartläggning av forskningen- Uppdatering 2018. 2015.
  92. Region Skåne, barnhälsovård K. Barnhälsovården i Skåne årsrapport 2017. 2017.
  93. Dray J, Bowman J, Campbell E, Freund M, Wolfenden L, Hodder RK, et al. Systematic Review of Universal Resilience-Focused Interventions Targeting Child and Adolescent Mental Health in the School Setting. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2017;56(10):813-24.

# Appendix

Tabell A.1 Litteraturoversikt: Konsekvenser av psykisk ohälsa bland barn och ungdomar

Källa	Land; Data; Studietid	Syfte; Metod	Exponering; Utfall	Resultat
Salm och Schunk (2012) <i>The relationship between child health, developmental gaps, and parental education: Evidence from administrative data.</i> <i>Journal of the European Economic Association</i>	Tyskland, Osnabrueck; Administrativa data; 2002-2005	Studera effekten av hälsa bland små barn (förskoleålder) på kognitiva och verbala förmågor vid skolstart;  FE (syskon)	Psykiska besvär i förskoleålder;  Kognitiva och verbala förmågor	Psykiska besvär (särskilt hyperaktivitet) leder till sämre kognitiva och verbala förmågor bland förskolebarn.  Socioekonomisk gradient baserat på föräldrars utbildningsnivå, konsekvenserna är värre för barn med låg SES
Currie och Stabile (2006) <i>Child mental health and human capital accumulation: The case of ADHD.</i> <i>Journal of Health Economics</i>	USA, Kanada; Survey data (NLSY79, NLSCY); 1990/94-1998/2000	Studera effekten av ADHD bland barn (4-12 år) på prestationer i skolan;  FE (syskon)	ADHD;  Provresultat, specialutbildning repetition av årskurs	ADHD leder till sämre provresultat och ökat behov av specialutbildning och repetition av en årskurs.  Svag socioekonomisk gradient (hushållets inkomst och moderns utbildning) men risken att repetera en årskurs är betydligt mindre för barn med hög SES.  För ADHD med hög svårighetsgrad är konsekvenserna värre för pojkar jämfört med flickor

Tabell A.1 forts.

Källa	Land; Data; Studietid	Syfte; Metod	Exponering; Utfall	Resultat
Currie och Stabile (2007) <i>Mental health in childhood and human capital.</i> <i>NBER working paper series.</i>	USA, Kanada; Survey data (NLSY79, NLSCY); 1990/94-1998/2002/2004	Studera effekten av olika psykiska besvär bland barn (4-11 år) på prestationer i skolan; FE (syskon)	ADHD, depression/ångest och andra beteendestörningar; Provresultat, specialutbildning repetition av årskurs	ADHD (och andra beteendestörningar endast i USA) leder till sämre provresultat och ökat behov av specialutbildning och repetition av en årskurs.  Depression /ångest ökar risken för repetition av en årskurs men påverkar inte de andra utfallen.  Svag socioekonomisk gradient (hushållets inkomst, moderns utbildning)
Fletcher and Wolfe (2008) <i>Child mental health and human capital accumulation: The case of ADHD revisited</i> <i>Journal of Health Economics</i>	USA; Survey data (Add Health); 1994/95, follow up 1 and 6 years later	Studera effekten av ADHD bland barn (5-12 år) på långsiktiga prestationer i skolan och utbildningsnivå; FE (syskon)	ADHD; Utbildningsnivå (utbildning antal år, avbrott, högre utbildning), betyg	Inga långsiktiga konsekvenser av ADHD på utbildning

Tabell A.1 forts.

Källa	Land; Data; Studietid	Syfte; Metod	Exponering; Utfall	Resultat
Fletcher (2013) <i>The effects of childhood ADHD on adult labor market outcomes</i> <i>Health Economics</i>	USA; Survey data (Add Health) (1994-95)- 2008	Studera effekten av ADHD bland barn (innan 12 års ålder) på ekonomiska utfall;  FE (syskon)	ADHD;  Arbetsstatus, inkomst, och försörjningsstöd	ADHD leder till sämre arbetsmarknadsutfall och högre försörjningsstöd  Ålder då besvären uppstår har betydelse, arbetsmarknadskonsekvenserna av tidiga besvär är 2-3 gånger större än senare besvär.  Socioekonomisk gradient (baserad på hushållets inkomst), barn med låg SES har värre konsekvenser.  Barn från etniska minoriteter har värre konsekvenser.  Kvinnor led värre konsekvenser i försörjningsstöd vid 19 års ålder än män
Fletcher (2009) <i>Adolescent depression and educational attainment: results using sibling fixed effects</i> <i>Health Economics</i>	USA; Survey data (Add Health); 1994/95, follow up 1 and 6 years later	Studera effekten av depression bland ungdomar på prestationer i skolan;  FE (syskon)	Depression;  Utbildningsnivå (utbildning antal år, avbrott, högre utbildning)	Depression leder till lägre utbildningsnivå

Tabell A.1 forts.

Källa	Land; Data; Studietid	Syfte; Metod	Exponering; Utfall	Resultat
De Ridder m.fl. (2013) <i>Adolescent health and high school dropout: A prospective cohort study of 9000 Norwegian adolescents (The Young-HUNT study)</i>  <i>PLoS One</i>	Norge;  Survey data (the Young-HUNT Study);  1995/1997-1998/2008	Studera effekten av ohälsa bland ungdomar på utbildningsnivå;  FE (syskon)	Depression/ ångest, sömnsvårigheter, ADD  Utbildningsnivå (avbrott gymnasiet)	ADD under ungdomen ökar risken för att hoppa av skolan.  Inga konsekvenser av andra psykiska besvär  Resultaten tyder inte på att sambandet mellan psykisk ohälsa och sannolikheten att hoppa av skolan skiljer sig mellan kön eller baserat på moderns utbildningsnivå
Ding m.fl. (2009) <i>The impact of poor health on academic performance: New evidence using genetic markers</i>  <i>Journal of Health Economics</i>	USA;  Survey data (GATOR);  1999-2003	Studera effekten av ohälsa bland ungdomar på prestationer i skolan;  IV (genetiska markörer som instrument för ohälsa)	Depression, ADHD;  Betyg	Depression leder till sämre betyg.  Inga konsekvenser av ADHD på betyg.
Egan m.fl. (2016) <i>Adolescent psychological distress, unemployment, and the Great recession: Evidence from the National Longitudinal Study of Youth 1997</i>  <i>Social Science and Medicine</i>	USA;  Survey data (NLSY79);  2000-2011	Studera effekten av psykiska besvär under ungdom på arbetsstatus som ung vuxen. Även hur detta samband påverkas av konjunkturförändringar;  FE (syskon) och DiD	Psykiska besvär (depression och ångest);  Arbetsstatus (i arbete, arbetslöshet)	Psykiska besvär under ungdomen leder till högre risk för att inte vara i arbete och att vara arbetslös, samt leder till längre perioder av arbetslöshet.  Vid ekonomisk nedgång förstärktes de negativa effekterna.

Tabell A.1 forts.

Källa	Land; Data; Studietid	Syfte; Metod	Exponering; Utfall	Resultat
Evensen m.fl. (2017)  <i>Adolescent mental health and earnings inequalities in adulthood: evidence from the Young-HUNT study</i>  <i>J Epidemiol Community Health</i>	Norge;  Survey data (the Young-HUNT Study), länkad till registerdata på inkomst;  (1995-97)-2013	Studera effekten av olika psykiska besvär under ungdomen på senare inkomst (30-36 år), samt om effekten skiljer sig över inkomstdistributionen;  FE (syskon) och unconditional quantile regression	Psykiska besvär (inätvända, ADD);  Inkomst (från arbete och eget företag)	Psykiska besvär leder till signifikant lägre inkomster, för de specifika besvaren är det endast ADD som leder till lägre inkomst.  Associationen mellan psykiska besvär och förlorad inkomst är särskilt uttalad bland de med allra lägst inkomster
Currie m.fl. (2010)  <i>Child health and young adult outcomes</i>  <i>NBER Working Paper Series</i>	Kanada, Manitoba;  Administrativa data;  (1979-87)-2006	Studera effekten av hälsa under barndomen (0-3, 4-8, 9-13, 14-18 år) på ekonomiska utfall som ung vuxen;  FE (syskon)	ADHD och CD;  Utbildningsnivå (i utbildning vid 17 års ålder) provresultat, försörjningsstöd vid 19 års ålder	ADHD leder till lägre utbildning och högre risk för ekonomiskt bistånd  Ålder då besvaren uppstår har betydelse för konsekvenserna, tidiga problem av ADHD har signifikanta konsekvenser oavsett senare hälsostatus.
Smith och Smith (2010)  <i>Long term economic costs of psychological problems during childhood</i>  <i>Social Science and Medicine</i>	USA;  Survey data (PSID);  1968-2005	Studera effekten av olika psykiska besvär under barndomen (innan 17 års ålder) på ekonomiska utfall;  FE (syskon)	Psykiska besvär: depression, beroende av psyko aktiva substanser och andra psykiska besvär  Utbildningsnivå, arbetade veckor och inkomst	Psykiska besvär (ej specificerat) leder till lägre utbildning, färre arbetade veckor och lägre inkomst.  Beroende av psyko aktiva substanser leder till lägre utbildning och lägre inkomst.  Depression leder till lägre inkomst och färre arbetade veckor men inte till lägre utbildningsnivå.

Tabell A.1 forts.

Källa	Land; Data; Studietid	Syfte; Metod	Exponering; Utfall	Resultat
Webbink m.fl. (2012) <i>The effect of childhood conduct disorder on human capital</i> <i>Health Economics</i>	Australien; Survey data (Australian Twin Registry); 1989/90-1996/2000	Studera effekten av CD (olika perioder under barndom) och depression (innan 18 års ålder) på utbildning;  FE (tvilling MZ)	CD och depression;  Repetition av en årskurs, betyg, utbildningsnivå (avslutat gymnasiet)	Depression leder till kortare utbildning, sämre betyg och högre risk för repetition av en årskurs.  CD ökar risken för repetition av en årskurs. Ålder då besvären uppstår har inte betydelse för utbildning.
Lundborg m.fl. (2016) <i>The health-schooling relationship: evidence from Swedish twins</i> <i>Journal of Population Economics</i>	Sverige; Administrativa data (Det svenska tvillingregistret, pliktregistret, utbildningsregistret (SCB));  (1969-1997)-2007	Studera effekten av hälsa under barndomen (innan 18 års ålder) på utbildningsnivå;  FE (tvilling MZ och DZ)	Psykiska besvär (som har betydelse för militär-tjänstgöring);  Utbildningsnivå (högsta examen vid ålder minst 28 år)	Psykiska besvär har ingen effekt på utbildningsnivå.
Mousteri m.fl. (2019) <i>Adolescent mental health and unemployment over the lifespan: Population evidence from Sweden</i> <i>Social Science and Medicine</i>	Sverige; Administrativa data (det svenska tvillingregistret, pliktregistret, multi-generationsregistret (SCB), länkat till arbetslöshetsdata (Arbetsförmedlingen));  (1969-89)-(1992-2012)	Att studera effekten av psykiatriska tillstånd bland ungdomar (innan ca 18 års ålder) på arbetslöshet på lång sikt, samt hur effekten påverkas av konjunkturnedgång;  FE (syskon)	Psykiatrisk diagnos (missbruksproblem alkohol/andra psyko aktiva substanser, personlighetsstörningar, ångest-syndrom, depressions-syndrom);  Arbetslöshet (antal dagar i arbetslöshet)	Psykiatrisk diagnos leder till fler arbetslösa dagar jämfört med dem som inte hade någon psykisk ohälsa. Alla specifika diagnoser förutom depressionssyndrom leder till signifikant ökning av antal arbetslösa dagar.  Vid ekonomisk nedgång förstärktes de negativa effekterna, särskilt av missbruk av alkohol och neurotiska/anpassnings-syndrom.



Tabell A.1 forts.

Källa	Land; Data; Studietid	Syfte; Metod	Exponering; Utfall	Resultat
Lundborg m.fl. (2014) <i>Adolescent health and labor market outcomes</i> <i>Journal of Health Economics</i>	Sverige; Administrativa data (det svenska tvillingregistret, pliktregistret, länkat till utbildningsregistret och LISA (SCB)); (1968-88)-2003	Studera effekten av hälsa under barndomen (innan 18 års ålder) på långsiktiga ekonomiska utfall; FE (syskon). I studien används också tvilling FE men inte för psykiska besvär	Psykiska besvär (som har betydelse för militär-tjänstgöring); Inkomst, arbetsstatus och bidrag (försörjningsstöd, sjukersättning, föräldraförsäkring etc.)	Psykiska besvär leder till sämre arbetsmarknadsutfall och mer bidrag. Inkomsteffekten drivs av de med allra lägst inkomst.
Kvist m.fl. (2013) <i>The importance of children's ADHD for parents' relationship stability and labor supply</i> <i>Social Science and Medicine</i>	Danmark; Administrativa data (Det Psykiatriske Centralregister) länkat till registerdata på utbildning, inkomst mm.; (1990-97)-2007	Studera effekten av ADHD bland barn (innan 10 års ålder) på föräldrars arbetsutbud; Discrete time duration analysis och PSM	ADHD; Antal arbetsdagar, arbetsstatus	ADHD bland barn är associerat med färre arbetade dagar bland föräldrar och lägre deltagande på arbetsmarknaden (ej i arbete) bland mödrar.

Tabell A.2 Litteraturoversikt: Konsekvenser av psykisk ohälsa bland vuxna

Källa	Land; Data; Studietid	Syfte; Metod	Exponering; Utfall	Resultat
Frank och Meara (2009) <i>The effect of maternal depression and substance abuse on child human capital development</i> <i>NBER Working Paper Series</i>	USA; Survey data (NLSY); 1979-2004	Studera effekten av depression och beroende av psykoaktiva substanser hos mödrar på beteende och prestationer i skolan hos deras barn;  FE (moder) och PSW	Depression och beroende av psykoaktiva substanser hos mödrar;  Provresultat (matematik och läsning) och beteendeproblem i skolan hos barn (7-10 och 11-14 år)	Depression och missbruksproblem hos mödrar påverkar inte barns provresultat eller beteende i skolan
Dahlén m.fl. (2016) <i>The impact of maternal depression on child academic and socioemotional outcomes</i> <i>Economics of Education Review</i>	USA; Survey data (ECLS-K); 1998-2002	Studera hur depression hos mödrar under barns förskoleålder påverkar barnets prestationer och sociala och emotionella beteende i skolan;  IPW (PSW) och bounding	Depression hos mödrar;  Provresultat hos förskolebarn och i åk 3 (läsning och matematik)	Depression hos mödrar leder till sämre prestationer i skolan hos barn (matematik hos förskolebarn och läsning hos tredjeklassare).  Svårigheten i depressionen påverkar storleken på effekten hos förskolebarn
Le m.fl. (2017) <i>Parental health and children's cognitive and non-cognitive development: New evidence from the longitudinal survey of Australian children</i> <i>Health Economics</i>	Australien, Survey data (LSAC); (1999-2000)-(2007/2008)	Studera hur psykiska besvär hos föräldrar under barns förskoleålder påverkar barnets kognitiva förmåga;  FE (förälder) och IV (dödsfall eller allvarlig skada närstående)	Depression hos föräldrar;  Provresultat i åk 3, 5 och 7 (olika tester i språkliga och matematiska förmågor)	Depression hos föräldrar leder inte till sämre prestationer i skolan bland barn (gäller alla mått förutom läsning).  Depression hos mödrar leder till sämre prestation i läsning.  Depression hos mödrar leder till sämre läsförståelse endast bland barn från låg SES (hushållets inkomst)

Tabell A.2 forts.

Källa	Land; Data; Studietid	Syfte; Metod	Exponering; Utfall	Resultat
Chatterji m.fl. (2007); <i>Psychiatric disorders and labor market outcomes: Evidence from the national Latino and Asian American study;</i> <i>Health Economics</i>	USA; Survey data (NLAAS); 2002-2003	Studera hur psykisk ohälsa påverkar arbetsmarknadsutfall i två etniska minoritetsgrupper i USA;  IV (psykisk ohälsa innan 18 års ålder och religiositet som instrument)	Något psykiskt besvär och förstämningssyndrom (depression), ångest eller missbruk av psykoaktiva substanser under det senaste året;  Arbetsstatus (i arbete, deltar på arbetsmarknaden) och (för de i arbete) antal arbetsveckor det senaste året och frånvaro från arbetet den senaste månaden	Psykiska besvär leder till lägre sannolikhet att vara i arbete och högre sannolikhet för frånvaro från arbete men inte antal arbetsveckor.  Förstämningssyndrom är särskilt skadliga  Konsekvenser av psykisk ohälsa är större i den (socioekonomiskt mer utsatta) latinamerikanska gruppen än den asiatiska gruppen
Ojeda m.fl. (2009); <i>Mental illness, nativity, gender and labor supply;</i> <i>Health Economics</i>	USA; Survey data (NSDUH); 2002	Studera hur invandrarbakgrund påverkar förhållandet mellan psykisk ohälsa och arbetsmarknadsutfall;  IV (socialt stöd från vänner eller partner som instrument)	Psykiska besvär (ångest- förstämningssyndrom och schizofreni och andra sjukdomar med psykotiska inslag såsom bipolär sjukdom) och svårare psykiska besvär med psykotiska inslag;  Arbetsstatus och (för de i arbete) heltid eller deltid/annat	Psykiska besvär leder till lägre sannolikhet att vara i arbete och svåra psykiska besvär leder till en lägre sannolikhet att arbeta heltid bland USA födda kvinnor och män.  Endast svårare psykiska besvär påverkar sannolikheten att vara i arbete bland invandrade män

Tabell A.2 Litteraturoversikt: Konsekvenser av psykisk ohälsa bland vuxna

Källa	Land; Data; Studietid	Syfte; Metod	Exponering; Utfall	Resultat
Chatterji m.fl. (2011); <i>Psychiatric disorders and labor market outcomes: Evidence from the National Comorbidity Survey-Replication</i> ; <i>Journal of Health Economics</i>	USA; Survey data (NCS-R); 2001-2003	Studera hur psykisk ohälsa påverkar arbetsmarknads utfall; IV (instrument psykisk ohälsa under barndom eller förälder med psykisk ohälsa under barndom)	Psykiska besvär; Arbetsstatus (i arbete, deltagande på arbetsmarknad), arbetade timmar och inkomst	Psykisk ohälsa leder till lägre sannolikhet att delta på arbetsmarknaden och att vara i arbete. Psykisk ohälsa påverkar inte arbetade timmar och inkomster. Effekten är signifikant endast bland män.
Banerjee m.fl. (2017) <i>Effects of Psychiatric Disorders on Labor Market Outcomes: A Latent Variable Approach Using Multiple Clinical Indicators</i> <i>Health Economics</i>	USA; Survey data (MEPS); 2004-2009	Studera effekten av depression på arbetsmarknads utfall; FE (individual) och correlated random effects (CRE)	Depression; Arbetsstatus (i arbete), arbetade timmar, timlön och frånvaro	Depression leder till en lägre sannolikhet för att vara i arbete och högre frånvaro från arbetet, särskilt bland män. Depression påverkar inte timlön eller hur många timmar man arbetar per vecka.
Peng m.fl. (2015) <i>The Short-Term Effect of Depressive Symptoms on Labor Market Outcomes</i> <i>Health Economics</i>	USA; Survey data (MEPS); 2004-2009	Studera effekten av depression på arbetsmarknads utfall; FE (individual) och correlated random effects (CRE)	Depression; Arbetsstatus (i arbete), arbetade timmar, timlön och från	Depression leder till en lägre sannolikhet för att vara i arbete och högre frånvaro från arbetet, särskilt bland män. Depression påverkar inte timlön eller hur många timmar man arbetar per vecka.

Tabell A.2 forts.

Källa	Land; Data; Studietid	Syfte; Metod	Exponering; Utfall	Resultat
Frijters m.fl. (2014) <i>The effect of mental health on employment: evidence from</i>	Australien; Survey data (HILDA);	Studera hur psykiska besvär påverkar arbetsstatus	Psykiska besvär (som har hög korrelation med depression och ångest);	Psykiska besvär leder till lägre sannolikhet att vara i arbete. Effekten är något större för kvinnor.
<i>Australian panel data Health Economics</i>	2002-2011	IV (dödsfall hos en närstående vän som instrument)	Arbetsstatus (i arbete eller ej)	Effekten är bara signifikant bland äldre personer när de >40 år och <40 år studeras separat.  Effekten skiljde sig signifikant med SES (arbete) för de med högkvalificerade tjänster var risken signifikant reducerad
Vecchio m.fl. (2014) <i>A link between labor participation, mental health and class of medication for mental well-being</i>	Australien; Survey data (ANHS); 2004-2005	Studera hur psykiska besvär påverkar arbetsstatus, samt hur användande av läkemedel påverkar effekten	Psykiska besvär;  Arbetsstatus (i arbete alternativt aktivt arbetssökande eller ej)	Psykiska besvär leder till lägre sannolikhet att vara i arbete eller att vara aktivt arbetssökande, särskilt betydande bland kvinnor.  Användande av läkemedel för ökat välbefinnande dämpar signifikant de negativa effekterna av psykiska besvär på arbetsmarknadsdeltagande. Bland män som lider av psykiska besvär och får läkemedel finns det ingen negativ påverkan på arbetsdeltagande.
<i>Economic Analysis and Policy</i>		IV (läkemedel som instrument)		

Tabell A.2 Litteraturoversikt: Konsekvenser av psykisk ohälsa bland vuxna

Källa	Land; Data; Studietid	Syfte; Metod	Exponering; Utfall	Resultat
Zhang m.fl. (2009) <i>Chronic diseases and labour force participation in Australia</i> <i>Journal of Health Economics</i>	Australien; Survey data (ANHS); 2001 och 2004-2005	Studera effekten av kronisk sjukdom på arbetsmarknadsdeltagande; Conditional probabilities using five-dimensional normal distributions	Psykiska besvär; Arbetsstatus (i arbete alternativt aktivt arbets-sökande, eller ej)	Psykiska besvär leder till lägre sannolikhet att vara i arbete eller att vara aktivt arbetssökande, dock endast bland män. Effekten är särskilt uttalad bland äldre män (50-65 år jämfört med män 18-49 år).
Bharadway m.fl. (2015) <i>Health and unemployment during macroeconomic crises</i> <i>NBER working paper series</i>	Sverige. Administrativa data (Det svenska tvillingregistret) länkat till patientregistret (slutenvård) och register över inkomst, arbetslöshetsförsäkring, sjukförsäkring mm; 1987-2005	Studera hur ohälsa påverkar arbetsstatus under ekonomisk nedgång; FE (tvilling DZ)	Psykiatrisk slutenvårdsdiagnos; Arbetslöshet (arbetslöshet ersättning eller ej, samt som kvot av total inkomst)	Psykiatrisk slutenvård ökar signifikant risken för att ha arbetslöshetsersättning och ökar arbetslöshetsersättning som en kvot av total inkomst.
Barnay och Defebvre (2016) <i>The influence of mental health on job retention</i> <i>Working paper TEPP</i>	Frankrike; Survey data (the health and professional route survey, Sip); 2006-2010	Studera effekten av psykisk ohälsa på arbetsstatus; IV (utsatt för våld eller ensamstående förälder under barn- domen, samt skilsmässor som vuxen som instrument)	Psykisk ohälsa (MDE och GAD); Arbetsstatus (i arbete)	Psykisk ohälsa leder till en lägre sannolikhet att vara i arbete, bara bland män